

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta, Butiá, RS

ARIANNY ARIAS ROJAS

**Pelotas, RS
2015**

ARIANNY ARIAS ROJAS

Melhoria da atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta, Butiá, RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Naile Damé-Teixeira

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

R741m Rojas, Arianny Arias

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta, Butiá, RS / Arianny Arias Rojas; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Damé-Teixeira, Nailê, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho à minha comunidade Vila
Julieta.*

Agradecimentos

Aos pacientes e à comunidade, pela participação no projeto;

À equipe de trabalho, pelo empenho, esforço, profissionalismo e dedicação;

À Secretaria Municipal de Saúde de Butiá-RS, pelo apoio.

Resumo

ROJAS, Arianny Arias. **Melhoria da atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta, Butiá, RS.** 2015. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Diante das taxas de envelhecimento populacional, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. Frente a esta realidade, a saúde da pessoa idosa e o envelhecimento passaram a ser preocupação no cenário das políticas públicas do país com objetivo de garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção. É nesse contexto mais amplo que se situa o trabalho realizado na UBS Vila Julieta, onde foi realizada uma intervenção no período de dezesseis semanas com objetivo de melhorar a atenção à Saúde do Idoso. A intervenção teve como público 148 pessoas com 60 anos ou mais que foram cadastradas e acompanhadas na UBS. Através da equipe da UBS, foram colocadas em prática diversas ações que se destinaram a ampliar e qualificar a cobertura do programa de saúde do idoso, melhorar os registros das informações dos atendimentos, mapear os idosos de risco e ampliar a adesão dos idosos ao programa, além de promover a saúde desta população. Os resultados obtidos foram positivos e os indicadores apontam que a maior parte das metas foi plenamente alcançada, sendo que a cobertura do programa aumentou para 28,2%. Os indicadores de qualidade foram aumentando à medida que a intervenção foi implementada. Conclui-se que através da intervenção realizada foi possível qualificar o trabalho realizado na UBS, com bom nível de incorporação da intervenção à rotina do serviço o que implica em benefícios a médio e longo prazos não apenas para os idosos como também para a equipe.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Qualificação da Prática Clínica, Promoção da Saúde.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à Saúde do Idoso na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	54
Figura 2	Proporção de Idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	55
Figura 3	Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	56
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	57
Figura 5	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	58
Figura 6	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	59
Figura 7	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	60
Figura 8	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	61
Figura 9	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	62
Figura 10	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	08
1 Análise Situacional	09
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	09
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências	75
Apêndices.....	76
Anexos.. ..	82

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família trata de uma intervenção realizada junto à Unidade Básica de Saúde Vila Julieta, situada no município de Butiá localizado a 82 km da capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. A intervenção realizada no período de dezesseis semanas teve como objetivo melhorar a atenção à Saúde do Idoso, considerando não apenas o contexto mais amplo de preocupação com o envelhecimento populacional do país e com a saúde da pessoa idosa, mas o modo como estes se revelavam nos dados do território em questão. Seus diferentes momentos e os resultados alcançados através da mesma encontram-se aqui descritos e analisados.

Para tanto, inicialmente é descrita a análise situacional, que justifica a elaboração da intervenção. Em seguida, na segunda parte, são detalhadas as estratégias utilizadas para colocar em prática as ações que materializaram os objetivos mais específicos da intervenção, traduzidos em metas, assim como, são apresentados os indicadores que permitiram monitorar as ações ao longo do tempo e avaliar os resultados obtidos. Na sequência, na terceira parte, são analisados alguns elementos específicos da intervenção efetivada e, na quarta parte, são apresentados os dados quantitativos e qualitativos que permitem a discussão dos resultados da intervenção. Por fim, encontram-se os relatórios e reflexões conclusivas sobre o processo.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Vila Julieta conta com uma população de 4200 habitantes e uma equipe de saúde da família, integrada por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um pediatra, um ginecologista, uma recepcionista, um vigilante e uma higienizadora. Está identificada como Unidade de saúde urbana que possui vínculo com SUS pelo modo de atenção ESF. Tem atendimento uma vez por semana de pediatria, ginecologia, psicologia, com uma carga horária de 4 horas semanais, os atendimentos realizados pelo clínico geral acontecem todos os dias, contemplando uma carga horária de 40 horas semanais.

A estrutura física da UBS é boa, apesar de ser um local adaptado, conta com uma sala de espera, uma recepção, um consultório odontológico, banheiros, uma sala de triagem, uma sala de vacina que não funciona porque não temos vacinadora, mais no município atualmente tem algumas técnicas de enfermagem fazendo um curso de especialização em vacina, uma sala de enfermagem, um consultório do clínico geral e pediatria, uma sala de curativos e procedimentos de enfermagem, uma sala de esterilização, uma cozinha, um dispensário de medicamentos que coincide com a recepção, um quarto de lixo contaminado (expurgo), e uma área de higienização. O processo de trabalho está atrasado, a equipe de saúde está incompleta.

Na UBS Vila Julieta os idosos com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, representam o maior por

cento de consultas, motivo pelo qual a equipe de saúde elegeu a Saúde do Idoso como foco de intervenção, sendo que a UBS tem um total de 524 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS o que representa 12.4 % do total da população. Além disso, é possível identificar um alto índice de consumo de psicofármacos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Butiá é um município com uma população total de 20.213 habitantes localizado a 82 km da capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. O sistema de saúde do município é formado por 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 3 são Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma é tradicional. Não há implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Há disponibilidade de 3 consultórios odontológicos localizados nas UBS/ESF, mas não possui centros de especialidades odontológicas para casos mais complexos. São disponibilizadas consultas em duas especialidades, que atendem semanalmente nos ESF: pediatria e ginecologia. No posto central, além das duas já citadas, é oferecido também o atendimento de psiquiatria e traumatologia/ortopedia. Para as demais especialidades os pacientes são encaminhados para atenção secundária, onde entram em uma fila de espera que varia de acordo com as vagas para cada especialidade. Há, por exemplo, pacientes aguardando por atendimento especializado há mais de um ano. Tais pacientes aguardam por consulta de endocrinologista, nefrologista, neurologista, etc. A assistência Hospitalar obteve melhora nos últimos dois meses devido à inauguração do Hospital de Baixa Complexidade onde há serviço de emergência e assistencial, o último com uma disponibilidade de 36 leitos para internação. Em relação aos exames laboratoriais, também são demorados, sendo que maior parte destes leva mais de um mês para serem realizados. Já os exames de maior complexidade, como ressonância e tomografia são marcados até um ano após da data de solicitação. Está implantado no município o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e sua central médica permite chegar precocemente a vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde.

Este relatório foi elaborado a partir da análise da ESF Vila Julieta localizada em Butiá, identificada como Unidade de saúde urbana que possui vínculo com SUS

pelo modo de atenção ESF. Esta ESF tem vínculo com as instituições educacionais (escolas) situadas em sua área de abrangência, onde são organizadas diversas atividades educativas. Conta com uma equipe de saúde da família composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico da família, uma recepcionista, um vigilante, um servente e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Também conta com atendimentos semanais de pediatria, ginecologia, odontologia e psicologia.

Apesar de ser um local adaptado, a estrutura física da UBS Vila Julieta é razoável. Possui uma pequena recepção onde também é feita a dispensação de medicamentos, sala de espera com capacidade para 15 pessoas, sala de triagem, sala de vacina, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de curativo, dois banheiros, cozinha, e quarto de lixo (expurgo). O lado positivo é que, mesmo com estrutura física limitada, a população possui esse lugar para atendimento médico durante 8 horas por dia. Algumas barreiras arquitetônicas limitam o acesso de pessoas com deficiência física, como por exemplo, os banheiros que não tem espaço suficiente para manobrar uma cadeira de rodas de pacientes diminuindo a qualidade do acolhimento. O dispensário de medicamentos e a recepção ficam no mesmo local que é pequeno. Sabe-se que a prefeitura municipal, através da secretaria de saúde, realizará um programa de restauração para remover barreiras arquitetônicas na ESF.

Na unidade existe a falta de alguns equipamentos e instrumentos para uso geral. Por exemplo, a unidade tem apenas uma autoclave, onde é muito difícil colocar todos os materiais necessários. Não existe na ESF um sistema de manutenção e reposição de equipamentos e instrumentos. Possui uma sala de vacinação, mas não tem profissional habilitado para exercer a função, por essa razão as vacinas são administradas em um posto de saúde central. Algumas medidas são tomadas pela equipe para reduzir possíveis danos à população que possam ser causados pelos problemas já citados: a equipe sempre providencia material esterilizado suficiente, os equipamentos são revisados mensalmente, e quando algum serviço não é oferecido pela unidade o paciente é bem orientado para onde procurá-los.

A atenção básica à saúde trabalha diretamente com a comunidade, tratando o indivíduo como um ser biopsicossocial, prestando atendimento integral para toda a família e comunidade em geral. A ESF é o primeiro contato para os usuários do

SUS, portanto, a porta de entrada para outras redes de atenção à saúde. Tão importante quanto o trabalho em equipe é o relacionamento da mesma com a comunidade. A participação da comunidade no dia a dia da ESF é muito importante, pois eles são o ponto principal desse tipo de trabalho.

A equipe de saúde é comprometida com seu trabalho, pois planeja atividades de controle de patologias crônicas e de prevenção como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo uterino e mama, imunizações, entre outras. Faz vigilância sanitária de acordo com as características epidemiológicas da área, realiza ações de saúde no âmbito da UBS, associação de bairro e quando necessário no domicílio. Dentro das atribuições que a equipe de saúde ainda não conseguiu atender está à realização de procedimentos e pequenas cirurgias, pequenas suturas, sondagem, etc., pois a UBS não conta com o material cirúrgico necessário para tais procedimentos.

A UBS Vila Julieta tem uma população de 4200 habitantes, 1842 do sexo feminino e 2358 do sexo masculino, sendo que a disposição da população trabalham 7 agentes comunitários de saúde, atendendo cada um em média com 130 famílias, o que contempla 100% da população do território. Em função do pouco espaço físico na unidade, a mesma não dispõe de um local específico para realização de acolhimento da demanda espontânea e imediata, de modo que o mesmo é feito na recepção ou sala de triagem.

A equipe da ESF está trabalhando com o prontuário eletrônico: quando o paciente chega na Unidade de saúde é acolhido na recepção e, caso tenha atividade agendada, ele é encaminhado para seu atendimento. Se não há atividade agendada e o paciente necessita de atendimento específico como vacinas, nebulização, seguimento de Pressão Arterial (PA), o mesmo é encaminhado para sala referente a esses serviços. Se o paciente não tem consulta agendada e precisa de atendimento, é conduzido até a sala de triagem onde é feita a escuta inicial, quase sempre realizada pela enfermeira ou técnicas de enfermagem. Caso seja uma situação aguda são avaliadas algumas condutas possíveis como, por exemplo, atendimento imediato sempre na presença do médico atuante e, se necessário, o paciente é encaminhado para o pronto atendimento. Todas as informações sobre o paciente são registradas em prontuário clínico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacina, obtendo assim informações mais rápidas e completas.

Nesta área de abrangência há 55 crianças menores de um ano de idade. Ao avaliar os indicadores da qualidade da atenção à puericultura no Caderno de Ações Programáticas (CAP), pode-se dizer que: 45 consultas estão em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde para um percentual de 90%; onde ocorreram cinco atrasos de consultas agendadas em mais de sete dias, ou seja, 10% do total dos acompanhados na ESF. O teste de pezinho até sete dias de vida foi realizado nos 50 recém-nascidos; foi realizada a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida nos 50 recém-nascidos; a triagem auditiva alcançou 100% de acompanhamento; todas as crianças em todas as consultas recebem monitoramento do crescimento; todas as crianças menores de 12 meses recebem consulta de acompanhamento programado e visitas domiciliares, e cada um dos profissionais realiza uma avaliação abrangente. A equipe foca suas ações nas prevenções de doenças, através de atividades educativas que são prestadas às mães e outros familiares. Fala-se sobre a importância e os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, sobre o esquema de alimentação após este tempo, a importância das vacinas, acidentes domésticos, entre outros temas de interesse individual para cada mãe. E, assim, cumpre-se o verdadeiro objetivo da puericultura que é cuidar das crianças, não só fisicamente, mas moldá-la como uma unidade biopsicossocial, ou seja, um indivíduo em crescimento e desenvolvimento.

Para aumentar ainda mais a qualidade da saúde da criança na UBS Vila Julieta, é preciso mais material educativo, como vídeos e cartazes demonstrativos. Por meio desses, as atividades realizadas se tornariam mais dinâmicas e atraentes para o grupo de mães que acontece na ESF. Também seria bom envolver outros especialistas, como psicólogos e nutricionistas assim teriam uma avaliação especializada, não só da criança, mas também da mãe. A unidade possui um percentual de 5% de consultas atrasadas, pois em cada consulta é indicado a data da próxima. A principal causa de ausência é a alta taxa de aluguel, as pessoas mudam muito de casa, e isso é possível identificar que a criança esta fora da área de abrangência da ESF em visitas domiciliares. Nessas visitas tem-se também a oportunidade de avaliar os cuidados que os membros da família dão à criança e descobrir problemas que podem prejudicar a saúde da mesma, facilitando a promoção e educação para outros membros da família.

Atualmente, 57 gestantes estão cadastradas nesta UBS. Todas as informações sobre as gestantes são registradas em um prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha do atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, ficha espelho das vacinas, que são analisadas quinzenalmente para verificação de gestantes faltosas, data provável de parto e fatores de risco. No caso de puérperas são registradas todos os dados no prontuário clínico individual. Todas as gestantes têm consulta de acompanhamento programado e também visitas domiciliares, a qual fornece atenção integral, não só a elas, mas também toda a família, através de palestras educativas e demonstração. É repassado as famílias assuntos como: importância de uma alimentação saudável, o ganho de peso em relação ao IMC, danos que podem ser causados pelo fumo, álcool, drogas e muitos outros temas de importância para elas e/ou suas famílias. Ao avaliar os indicadores da qualidade do CAP para o atenção pré-natal, o número de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre foram 30 (53%). As consultas em dias de acordo com calendário do ministério de saúde foram 50, ou 88%. Foram solicitados as 57 grávidas os exames laboratoriais (100%); 53 das 57 gestantes fizeram vacina antitetânica conforme protocolo (93%). Já 51 gestantes fizeram vacina contra hepatite B conforme protocolo (89 %). A prescrição de suplemento de Sulfato Ferroso conforme protocolo foi feita para 34 grávidas, ou 60% e 100% das grávidas fizeram exame ginecológico. Foi feito a avaliação de saúde bucal de 55 grávidas, ou 96%. Receberam orientação da equipe de saúde sobre importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e concluído após o primeiro ano e os benefícios do mesmo para o bebê e mãe.

A cobertura do programa de Puerpério é muito boa, uma vez que todas puérperas foram avaliadas nos primeiros 42 dias. O número estimado de parto nos últimos 12 meses foram 50 e o número de mulheres que fizeram de puerpério nos últimos 12 meses é de 46 (92%). Foram consultadas nos primeiros 42 dias 46 puérpera e 100% das consultas foram registradas. 100% delas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, exame de mama, abdominal, ginecológico, avaliação do estado físico e descartadas complicações puerperais.

A equipe de saúde está enfrentando uma luta árdua para a prevenção do câncer de colo de útero e o câncer de mama. A UBS possui um total de 1098 mulheres entre 25 e 64 anos de idade, e o atendimento destas pacientes fica

registrado no prontuário clínico e livro de registros, onde se registram todos os dados do paciente e o resultado do exame cito-patológico. Ao avaliar os indicadores da qualidade da prevenção do câncer de colo de útero pode-se dizer que: a ESF possui um total de 980 exames cito-patológicos para câncer de colo de útero em dia (89%), 18 exames cito-patológicos para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso (2%), A avaliação de risco para câncer de colo de útero foi feita em 1000 mulheres (91%), 40 exames cito-patológicos estão alterados (40%). A equipe orientou 880 mulheres sobre DST (80%). A unidade tem um total de 985 exames coletados com amostra satisfatória, o que representa 90% dos exames realizados. Apresenta, ainda, 10 exames coletados com células representativas da junção escamo colunar, ou seja, 1% da população em risco.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer de colo de útero nesta ESF, é necessário fornecer as pessoas informação atualizadas sobre o método de execução do teste e suas vantagens, como evitar DST, enfatizando o uso do preservativo, a tomada da vacina contra os tipos 6,11,16,18 de HPV, principalmente antes do começo da vida sexual. A estratégia utilizada pela UBS é deixar a próxima consulta marcada e dias antes, lembrar a paciente pelo agente de saúde comunitário.

O câncer de mama é um dos mais agressivos na mulher. Na ESF Vila Julieta há um total de 434 mulheres entre 50 e 69 anos. A maioria das mulheres sabe que a mamografia é vital para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Realiza-se o rastreamento oportunístico e organizado todos os dias da semana. Essa tarefa é feita pela enfermeira, ginecologista e médico geral. Fala-se também sobre a importância do autoexame de mama, a importância da mamografia e de como evitar os fatores que aumentam o risco de câncer de mama. Os indicadores de qualidade para o controle do câncer de mama na ESF são avaliados de forma positiva, pois: há um total de 416 mamografias em dia (97%), apenas oito mamografias com mais de três meses em atraso (2%), 416 mulheres com avaliação de risco para câncer de mama (97%), e as mesmas 416 recebem orientações sobre prevenção de câncer de mama. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle de Câncer de mama o fundamental é dar às pessoas as informações que necessitam para que procurem atendimento médico, assim, a equipe pode fazer um tratamento eficaz. Manter o controle das mulheres em risco tanto em consultas como em Visitas Domiciliares torna-se fundamental.

Nessa unidade há uma alta incidência e prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis fundamentalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Possui um total de 890 pacientes Hipertensos. Os dados do paciente como anamnese, exame físico, impressão diagnóstica e planos são registrados no prontuário individual, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacina e livro de registro. A equipe realiza atividades educativas para diminuir a morbimortalidade das doenças crônicas. Ao avaliar os indicadores da qualidade da atenção à HAS pode-se dizer que a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi feita a 723 hipertensos, atingindo o percentual de 81% do total de hipertensos; 160 atrasos das consultas agendadas em mais de sete dias, o qual representa 18% do total; 723 exames complementares periódicos em dia, o qual representa 81% dos hipertensos. Foram realizadas 723 orientações sobre prática de atividades física regular e orientações nutricionais para alimentação saudável, o que representa 100% da população de hipertensos cadastrada com orientações.

Com relação aos diabéticos, a equipe realiza atendimento todos os dias da semana em todos os turnos. É feita a revisão dos arquivos de registro e reuniões mensais com a finalidade de verificar pacientes faltosos, completude de registro, identificação de procedimentos em atraso, identificação de adultos com em risco para HAS e avaliação da qualidade do programa. A cobertura é boa, 81% dos pacientes estão em acompanhamento na ESF e participando ativamente de grupo de diabéticos. As atividades do grupo são realizadas nas dependências da ESF e na associação de bairro. São fornecidas orientações nutricionais para alimentação saudável, prática de atividades física regular, avaliação de saúde bucal, controle de peso corporal, malefícios do álcool e do tabagismo, e algumas medidas de controle do stress. Ao avaliar os indicadores da qualidade pode-se dizer que: 194 pacientes realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico o qual representa 86%; 64 pacientes com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, o qual representa 20%; 194 (86%) pacientes tem exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, orientações sobre prática de atividade física regular, com orientações nutricionais para alimentação saudável; 125 estão com a avaliação de saúde bucal em dia, o que representa um percentual de 55% do total de diabéticos. O processo de trabalho poderia ser melhorado na ESF tendo um

atendimento especializado como já citado anteriormente. Nessa ESF a maior parte dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis são idosos, por isso é de muita importância à atenção integral para os idosos porque abrange desde o ponto de vista físico, psicológico, emocional e mental.

A qualidade de vida dos idosos é determinada em maior parte pela capacidade de manter sua autonomia e funcionalidade. A UBS Vila Julieta acompanha atualmente 524 pacientes com mais de 60 anos de idade e os atendimentos, como todos os dados dos pacientes, são registrados no prontuário individual, ficha de atendimento odontológico, nutricional e ficha espelho de vacinas. A unidade possui também um arquivo especial onde são registrados todos os idosos com a finalidade de verificar os faltosos em consultas e procedimentos atrasados, assim como identificar idosos com riscos. Estes dados são verificados pela enfermeira e médico da família mensalmente. Em nossa ESF é realizado atendimento ao paciente idoso todos os dias da semana e todos saem do posto com a próxima consulta agendada.

A equipe faz atividades com grupos de idosos uma vez por mês, realizadas nas dependências da EFS ou na associação do bairro. Participam das atividades o enfermeiro, médico da família, técnicos de enfermagem e odontológicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde, assim como psicólogos que fazem promoção em saúde, principalmente na depressão dos idosos. Nos encontros são abordados assuntos como: importância de praticar atividade física regularmente, hábitos saudáveis de alimentação, obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e os efeitos negativos para saúde, prevenção das lesões não intencionais ou acidentes na casa, como quedas e fraturas ósseas que aumenta o índice de acamamento na população idosa. Ao avaliar os indicadores da qualidade de atenção do CAP ao pacientes idosos, observou-se que estima-se que existam 574 idosos, sendo que somente são cadastrados 524 (91%). Destes 490 idosos possuem a sua caderneta de saúde, assim como a realização de avaliação multidimensional rápida, que representa 94% do total; 456 acompanhamentos em dia, representando 87% do total; 57% dos idosos apresentam HAS, e 37% apresenta DM; 496 idosos com investigação de indicadores de fragilidade na velhice, e o mesmo número com orientações acerca de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regularmente. A unidade enfrenta problemas ainda com a saúde bucal dos idosos, pois só estão com a sua avaliação em dia 33% dos idosos. O processo de trabalho

poderia ser melhorado para se alcançar um atendimento mais confortável, tendo um melhor acesso a outras especialidades e exames laboratoriais, pois algumas vezes pacientes demoram até mais de um mês para realizar um exame de baixa complexidade, e até mais de um ano para atendimento com gastroenterologia, por exemplo.

Nossa forma de registro não permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas porque os registros estão incompletos. Para resolver esse problema, estamos criando arquivos a fim de ter uma informação completa e confiável. Nossa UBS tem consulta odontológica há quatro meses, que funciona duas vezes por semana, 8 horas por dia, onde só trabalha a dentista. A grande maioria dos pacientes que necessitam de atendimento odontológico agendam consulta espontaneamente, sempre deixando espaço para pacientes que precisam de consulta de urgência. Também acontece que muitos de nossos pacientes têm plano de saúde e muitos deles se consultam com odontólogos particulares.

Muitos dos membros do nosso grupo de hipertensos e diabéticos fazem consultas odontológicas na UBS. A grande maioria das grávidas tem avaliação odontológica, mais muito poucas foram avaliadas em nossa UBS. Nos grupos de Diabéticos, Hipertensos, Idosos, Grávidas palestramos sobre a importância da saúde bucal e as ações que temos que fazer para manter uma boa saúde bucal.

Além de ter boa cobertura na maioria dos programas a UBS apresenta algumas dificuldades que poderiam melhorar por exemplo as Inter-consultas com outros especialistas são muito demoradas o qual dificulta o processo de trabalho e intruía de forma negativa na saúde dos usuários.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Depois de ler e analisar o texto escrito no início e compará-lo com o relatório realizado após análise situacional organizada e sistemática, pode-se dizer que a ESF em questão melhorou muito nos últimos meses. Agora o trabalho está mais organizado, pois realizando a análise situacional teve-se a oportunidade de conhecer melhor a população e observar os pontos onde a equipe poderia melhorar

o atendimento. Todos os membros da equipe de saúde agora estão mais unidos e conscientes da importância do trabalho que deve ser realizado junto à população, que é a promoção e prevenção de doenças. É possível dizer que saúde da população melhorou e que o trabalho é mais completo. Apesar disso, ainda há muito o que melhorar, visto que através dos dados do CAP, pode-se observar uma baixa cobertura e qualidade de alguns programas, como prevenção do câncer de colo de útero e o câncer de mama e atenção ao hipertenso e diabético.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades e, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), estima-se que para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, existem atualmente, mais de 17,6 milhões de idosos, e diante das taxas de envelhecimento populacional o país caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. Frente a esta realidade, a saúde da pessoa idosa e o envelhecimento passaram a ser preocupação no cenário das políticas públicas do país e desde 2006, através do Pacto pela Saúde, a Saúde do Idoso passou a ser prioridade no que se refere à mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, bem como do fomento de inovações. Dentro Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011 – 2015 é possível encontrar como um dos objetivos "*Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção*" (Brasil, 2013). É nesse contexto mais amplo que se situa o trabalho realizado na UBS Vila Julieta.

A UBS Vila Julieta, urbana e com modelo de atenção ESF, atende a uma população de 4200 habitantes através de uma equipe composta por quinze integrantes, em uma boa estrutura física. Dentro da população atendida, os idosos com doenças crônicas não transmissíveis representam o maior percentual de consultas. A UBS tem um total de 574 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e 524 acompanhados na UBS (91%). A população idosa representa 12,4% do

total da sua população. Do total de pacientes idosos da UBS, 57% tem HAS, 37% tem DM e apenas 33% estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Atenta a este cenário, e em sintonia com o panorama nacional de atenção integral à saúde da pessoa idosa, a equipe da UBS Vila Julieta elegeu como prioridade de intervenção a Saúde do Idoso. São realizados atendimentos ao paciente idoso todos os dias da semana e os pacientes já saem do atendimento com a próxima consulta agendada. Como antes exposto, a equipe faz atividades com grupos de idosos uma vez por mês, no âmbito da UBS ou na associação do bairro, ocasião em que são trabalhados diversos temas tendo em vista a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e dos seus fatores de risco e proteção, a promoção da alimentação saudável, a redução da prevalência do tabagismo, a prevenção das lesões não intencionais ou acidentes na casa, entre outros que favorecem o envelhecimento ativo e saudável.

Sendo a Saúde do Idoso a prioridade nas ações da UBS, naturalmente esta foi também eleita como foco da intervenção proposta. A mesma mostrou-se relevante neste contexto por oferecer possibilidade de melhorar o controle e organização das ações de promoção e prevenção de saúde da população alvo, assim como, de ampliar o conhecimento sobre a realidade saúde no âmbito da UBS, implicando em melhorias na cobertura dos serviços para este grupo de pacientes. Além de oferecer atenção especializada e mais qualificada aos idosos, a estratégia proposta permite que a equipe identifique problemas e deficiências e elabore um plano de ação para resolvê-los, o que motiva o engajamento dos diversos profissionais no trabalho. Assim, realizar esta intervenção na UBS Vila Julieta colabora para que se estabeleçam linhas de cuidado capazes de abranger o aprimoramento da assistência e do acompanhamento aos usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta do Município de Butiá.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta.

*Meta1.1: Ampliar a cobertura de atenção á saúde do idoso da área de abrangência da UBS para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS Vila Julieta

*Meta 2.1: Realizar avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

*Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedido e medida da sensibilidade em diabéticos cada 3 meses.

*Meta 2.3: Solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos Diabéticos e Hipertensos.

*Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção pertencente à área de abrangência da UBS.

*Meta 2.5: Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

*Meta2.6: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

*Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior de 135/80 mmhg ou com diagnostico de HAS para Diabetes Mellitus.

*Meta 2.8: Realizar avaliação a 100% dos idosos da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta.

*Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos a consultas programadas

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações dos atendimentos dos idosos da UBS Vila Julieta

*Meta 4.1: Manter registro específico de 100 % dos idosos da UBS

*Meta4.2: Distribuir a caderneta da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Vila Julieta.

*Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade da unidade de saúde.

*Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização da velhice em 100 % dos idosos da UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde do idoso da UBS Vila Julieta.

*Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para alimentação saudável a 100% das pessoas idosas.

*Meta 6.2: Garantir orientações para prática regular de exercícios físicos a 100% dos idosos.

*Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Esta intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Julieta no Município de Butiá, Rio Grande do Sul. Participaram da intervenção pessoas com 60 anos ou mais, acompanhadas na UBS e cadastradas no projeto, além da própria equipe de trabalho.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para um 100%.

Organização e gestão do serviço:

1. Acolher os idosos; Vamos atender todos os idosos que comparecerem na UBS no mesmo turno. Além disso, vamos divulgar turnos de atendimentos

preferenciais para os mesmos, para que todos se sintam á vontade de comparecer á UBS.

2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde; Vamos fazer a busca de todos os idosos de nossa área de abrangência. Além disso, vamos orientar para eles como vai acontecer seu seguimento pela Equipe de Saúde, a importância de seu atendimento médico periódico.

3. Atualizar as informações do SIAB; Todos os dias vão atualizar a informação via eletrônica, feita pela Enfermeira e os demais profissionais que prestem atendimento para os pacientes.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente); O monitoramento vai ser feito por toda a equipe, oferecendo atendimentos preferenciais para eles, para melhorar a atenção médica dos idosos, principalmente pelos profissionais que prestam atendimento direto.

Engajamento público:

1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; Em a reunião da Equipe com a comunidade em companhia das pessoas da prefeitura vai ser feita a explicação explicitar do acompanhamento periódico, para que os profissionais tenha o controle da saúde do idoso, um bom seguimento evolutivo de suas doenças.

2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde; Vamos aproveitar as reuniões, as palestras na comunidade para oferecer a informação sobre o Programa de Atenção aos Idosos, por todas as pessoas da saúde, também pelos ACS, Enfermeira e Médico em suas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Vamos capacitar a Equipe na primeira semana do projeto, na UBS, no conhecimento do Protocolo de Atendimento da Saúde do Idoso oferecido pelo Ministério de Saúde.

2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; A capacitação vai ser feita na primeira

semana do projeto, para lograr a integração de todos os idosos da área de abrangência ou Posto de Saúde.

3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização; Vamos capacitar aos Profissionais na reunião da Equipe, para oferecer um bom trato aos pacientes é lograr ganhar sua confiança, para que eles procurem mais frequentemente o Posto de Saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS Vila Julieta

Meta 2.1: Realizar avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Organização e gestão do serviço:

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em todos os idosos. Vamos garantir os recursos necessários a traves do gestor municipal de saúde e outros trabalhadores da Secretaria Municipal.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados na UBS. O monitoramento será feito pela Enfermagem, Técnicas de enfermagem e Medico da UBS pelo menos uma vez por ano.

Engajamento público:

Orientar à comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para envelhecimento saudável. Vamos orientar á comunidade em reuniões organizadas pela equipe de saúde sobre a importância desta avaliação e do tratamento oportuno pra evitar futuras complicações em pacientes com Doenças Crônicas e um adequado acompanhamento de todos os paciente idosos.

Qualificação da prática clínica:

Capacitação da equipe para a realização de Avaliação Multidimensional Rápida. Vamos capacitar aos Profissionais na reunião da Equipe, pra a realização de forma correta da AMR.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedido e medida da sensibilidade em diabéticos a cada 3 meses.

Organização e gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Vamos realizar a capacitação da equipe e definir a atribuição de cada profissional, assim como o responsável pela organização dos arquivos com informações sobre os exames realizados.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na UBS. O monitoramento vai ser feito por todo o integrante da Equipe de Saúde e assim melhorar o atendimento dos idosos.

Engajamento público:

Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Vamos a explicar de forma clara e entendível a cada paciente cada conduta tomada durante as consultas de acompanhamento.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para realização de exames clínicos apropriados.

Meta 2.3: Solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos Diabéticos e Hipertensos.

Organização e gestão do serviço:

Garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo. Organizaremos uma reunião com o Gestor

Municipal de Saúde pra priorizar a realização dos exames complementares em idosos com Diabetes e Hipertensão de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e de acordo com a periodicidade recomendada. A partir dos registros dos atendimentos a hipertensos e diabéticos nos prontuários e em fichas-espelho, vamos monitorar o numero de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais de acordo com os protocolos, discutindo esses controles nas reuniões da equipe.

Engajamento público:

Informar à comunidade sobre a importância de fazer exames laboratoriais de acordo com o protocolo. Nas palestras educativas, nas consultas individuais e visitas domiciliares, explicaremos a importância da realização de exames laboratoriais de acordo com o protocolo.

Qualificação da prática clínica:

Capacitação da equipe quanto ao protocolo. Abordar esses temas nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, para que todos saibam a forma adequada de atendimento dos diabéticos e hipertensos de forma a garantir a qualidade e integralidade dos atendimentos, usando os protocolos recomendados.

Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção pertencente à área de abrangência da UBS.

Organização e gestão do serviço:

Garantir o registro de idosos acamados ou com problemas de locomoção. Vamos fazer a busque da de todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de nossa área de abrangência. Além disso, vamos orientar para eles como vai acontecer seu seguimento pela Equipe de Saúde, a importância de seu atendimento medica periódico.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. O monitoramento vai ser feito principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Engajamento público:

Orientar à comunidade sobre a disponibilidade de visitas domiciliares para idosos acamados e com problemas de locomoção. Em cada grupo de idosos, hipertensos, diabéticos ou palestrar organizadas pra comunidade explicará sobre a disponibilidade das visitas domiciliares, dias e horários que serão feitas.

Qualificação da prática clínica:

Estabelecer a visita domiciliar como prática de intervenção rotineira. Organizaremos visitas domiciliares todas as semanas com cada ACS acompanhado do médico e enfermeira, para lograr a integração de todos os idosos da área de abrangência ou Posto de Saúde.

Meta 2.5: Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

Organização e gestão do serviço:

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Vamos organizar uma agenda com todos os dados necessários dos idosos acamados ou com problema de locomoção. Além disso, vamos orientar para todos os ACS ter uma individual para ter maior organização e controle.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção. O monitoramento vai ser feito por todos os integrantes da equipe semanalmente.

Engajamento público:

Orientar à comunidade sobre a disponibilidade de visitas domiciliares para idosos acamados e com problemas de locomoção. Orientaremos a comunidade sobre a disponibilidade de visitas domiciliares para idosos acamados e com problemas de locomoção através dos meios de comunicação massiva, como a rádio e jornal local.

Qualificação da prática clínica:

Estabelecer a visita domiciliar como prática de intervenção rotineira. Estabeleceremos visitas domiciliares com todos os ACS uma vez por semana e as mesmas serão feitas pelo médico e enfermeira da UBS.

Meta 2.6: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para idosos hipertensos. Vamos atender todos os idosos com HAS que comparecerem na UBS no mesmo turno. Além disso, vamos divulgar turnos de atendimentos preferenciais para os mesmos.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente. O monitoramento vai ser feito pelas técnicas de enfermagem. Vamos organizar visitas domiciliares uma vez por semana com ACS e Técnicas de Enfermagem para um melhor rastreamento de HAS em Idosos.

Engajamento público:

Orientar à comunidade sobre a importância da realização da medida de PA após os 60 anos de idade. Em cada grupo, consultas individuais e visitas domiciliares orientaremos à comunidade sobre a importância da realização da medida de PA após os 60 anos de idade.

Qualificação da prática clínica:

Capacitação da equipe quanto ao acolhimento dos idosos. Vamos capacitar aos Profissionais na reunião da Equipe, para oferecer um bom trato aos pacientes é lograr ganhar sua confiança, para que eles procurem mais frequentemente o Posto de Saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior de 135/80 mmhg ou com diagnostico de HAS para Diabetes Mellitus.

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para idosos hipertensos e diabéticos. Vamos atender todos os idosos com HAS que comparecerem na UBS no mesmo turno. Além disso, vamos divulgar turnos de atendimentos preferenciais para os mesmos.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos ao rastreamento de Diabetes Mellitus periodicamente. O monitoramento vai ser feito pela enfermagem, técnicas de enfermagem e medico do posto de saúde em todas as consultas individuais e visitas domiciliares.

Engajamento público:

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS e Diabetes Mellitus. Nas palestras educativas, nas consultas individuais e visitas domiciliares, abordaremos os temas relacionados aos fatores de risco dessas doenças e a importância de fazer o tratamento e seguimento adequado na unidade, com os profissionais devidamente capacitados.

Qualificação da prática clínica:

Capacitação da equipe quanto ao acolhimento dos idosos. Vamos capacitar aos Profissionais na reunião da Equipe, para oferecer um bom trato aos pacientes é lograr ganhar sua confiança, para que eles procurem mais frequentemente o Posto de Saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação a 100% dos idosos da necessidade de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

Organizar a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Organizaremos uma agenda coletiva e cada ACS vai ter uma individual pra dar um melhor acompanhamento e ter uma maior organização neste aspecto.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico da UBS. Monitorar o número de idosos cadastrados na UBS em acompanhamento odontológico no período. O odontólogo avaliará a necessidade de tratamento odontológico e realizará o monitoramento.

Engajamento público:

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. A comunidade é que mais pode colaborar sobre as mais adequadas estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico, nos retroalimentaremos deles em cada atividade, consulta e visita domiciliar.

Qualificação da prática clínica:

Garantir prioridade de atendimento odontológico aos idosos. A equipe garantirá a prioridade do atendimento odontológico marcando 4 consultas nos 2 dias de trabalho do Dentista nosso posto de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos a consultas programadas

Organização e gestão do serviço:

1-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizaremos visitas domiciliares com os ACS de cada micro área pra definir as causas das insistências a consultas.

2-Organizar a agenda pra acolher os idosos previamente das buscas domiciliares. No inicio da intervenção organizaremos um agenda a qual vai ser

atualizada diariamente com os dados dos pacientes consultados e a data da próxima consulta.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. O monitoramento vai ser feito por toda a equipe de saúde, si fosse necessário diariamente.

Engajamento público:

Informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecer aos idosos e comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas. Nas palestras que temos planejadas nos grupos da comunidade, nas consultas médicas, nas visitas domiciliares por médico, enfermeira e agentes comunitários, orientaremos aos usuários sobre esta importante consulta, além de colocar um mural na sala de espera da UBS explicando isto.

Qualificação da prática clínica:

Analisar fatores envolvidos na não adesão. A comunidade é que mais pode colaborar sobre as mais adequadas estratégias para evitar o abandono o falta de adesão , então vamos ouvi-la para compreender os motivos e buscar soluções.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações dos atendimentos dos idosos da UBS Vila Julieta.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100 % dos idosos da UBS

Organização e gestão do serviço:

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. No inicio da intervenção a equipe vai deixar as planilhas/ registros específicos de acompanhamento prontos, estas planilhas e registros abarcaram todos o aspectos de importância relacionados com a intervenção.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBS. O monitoramento vai ser feito por toda a equipe, principalmente pelos profissionais que prestam atendimento direto.

Engajamento público:

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientaremos os usuários e a comunidade em palestrar, consulta individual e visitas domiciliares sobre seus direitos e importância de seus registros de saúde e os acessos a segundas vias de atendimento em caso de necessidade.

Qualificação da prática clínica:

Sistematizar o registro de informações. A equipe vai organizar de forma sistemática todos os registros de informação.

Meta 4.2: Distribuir a caderneta da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Organização e gestão do serviço:

Solicitar ao gestor municipal a disponibilidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Solicitaremos em uma reunião com o gestor municipal de saúde a necessidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e que o número de cadernetas sejam suficiente para todos os participantes da intervenção.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa da unidade de saúde. O monitoramento vai ser feito por todos os integrantes da equipe de saúde em todas as consultas, palestras e visitas domiciliares.

Engajamento público:

Orientar os idosos e comunidade sobre a importância de portar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa quando for a consulta em outros níveis de atenção. Orientaremos mediante palestras a importância de portar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Qualificação da prática clínica:

Orientar os profissionais quanto ao registro de informações na Caderneta e uso das mesmas. Nas reuniões de equipes semanais, planejamos uma hora para capacitar aos agentes comunitários e resto da equipe com relação ao adequado registro da Caderneta.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Vila Julieta.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade da unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço:

Priorizar atendimento para idosos de maior risco de morbimortalidade. Priorizaremos os idosos com maior risco de morbimortalidade da seguinte maneira, serão marcadas as consultas com um horário fixo, em caso de não ter horário marcado e precise de atendimento na hora serão atendidos na hora.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. O monitoramento vai ser feito por todos os integrantes da equipe. Mais os de maior responsabilidade serão os ACS já que eles são o primer contato com a comunidade e um pesa fundamental nosso projeto.

Engajamento público:

Orientar aos idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância de acompanhamento mais ;/frequente, quando apresentar alto risco. Nas reuniões de grupos, nas palestras, visitas domiciliares e consultas médicas os membros da equipe de acordo com sua competência orientarão a estes usuários sobre o nível de risco e sua importância do acompanhamento regular para evitar complicações.

Qualificação da prática clínica:

Analisar fatores de risco frequentes. Em cada reunião de equipe analisaremos os fatores de risco mais frequentes detectado pra assim criar estratégias pra reduzir doenças ou complicações das mesmas.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização da velhice em 100 % dos idosos da UBS.

Organização e gestão do serviço:

Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice. Priorizaremos os idosos com fragilidade na velhice da seguinte maneira, serão marcadas as consultas com um horário fixo, em caso de não ter horário marcado e precise de atendimento na hora serão atendidos na hora.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o numero de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice. O monitoramento vai ser feito por toda a equipe, oferecendo atendimentos preferenciais para eles, para melhorar a atenção médica dos idosos com fragilidade na velhice, principalmente pelos profissionais que prestam atendimento direito.

Engajamento público:

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância de acompanhamento mais frequente. Vamos aproveitar as reuniões, as palestras na comunidade para oferecer a informação sobre o Programa de Atenção aos Idosos, por todas as pessoas da saúde, também pelos ACS, Enfermeira e Médico em suas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

Analisar indicadores de fragilização. Realizar reunião de equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Objetivo 6: Promover a saúde do idoso da UBS Vila Julieta.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para alimentação saudável a 100% das pessoas idosas.

Organização e gestão do serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Vamos definir na reunião de equipe o papel de cada integrante da equipe de acordo com sua competência orientarão a estes usuários sobre hábitos alimentares saudáveis.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Mediante os registros de idosos e os prontuários vamos anotando os usuários que estão sendo orientados e ter o controle, além de parceria com outros profissionais como nutricionistas para a adequada orientação.

Engajamento público:

Orientar idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Nas reuniões de grupo, que realizamos uma vez ao mês, abordaremos um tema relacionado com alimentação saudável e também palestras educativas nas consultas planejadas para estes usuários na UBS.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar equipe sobre hábitos de alimentação saudáveis. Nas reuniões de equipe pretendemos fazer capacitação sobre hábitos alimentares saudável de maneira que os usuários possam entender melhor sua importância.

Meta 6.2: Garantir orientações para pratica regular de exercícios físicos a 100% dos idosos.

Organização e gestão do serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Vamos definir na reunião de equipe o papel de cada integrante da equipe de acordo com sua competência orientarão a estes usuários sobre pratica regular de exercícios físicos.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Mediante os registros e os prontuários vamos anotando os usuários que estão sendo orientados e ter o controle, além de parceria com outros profissionais como Educador Físico.

Engajamento público:

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Nas reuniões de grupo, que realizamos uma vez ao mês, abordaremos um tema relacionado com prática de atividade física além de palestras educativas nas consultas planejadas para estes usuários na UBS.

Qualificação da prática clínica:

Articulação com profissionais de diferentes áreas. Solicitar ao gestor municipal de saúde a participação de educador físico do município que trabalha com o SUS, para que participe uma vez ao mês nas reuniões de grupo com estes usuários da comunidade para uma orientação detalhada sobre prática de atividade física.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Organização e gestão do serviço:

Organizar tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual. Organizaremos um tempo médio de consulta de 20 minutos por paciente para garantir uma adequada orientação individual dos usuários.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar atividades educativas individuais. O monitoramento vai ser feito pela dentista as UBS.

Engajamento público:

Orientar os idosos e familiares sobre a importância da higiene bucal e das próteses dentárias. Orientar os idosos e suas famílias nas visitas domiciliares e

atendimentos, quanto à importância da higiene bucal e de próteses dentárias para o controle das doenças e qualidade de vida.

Qualificação da prática clínica:

1-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentária. Realizaremos capacitação sobre higiene bucal e de próteses dentárias nas reuniões mensais da equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta.

Meta .1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da UBS para 100%.

* Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao idoso.

* Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência da UBS Vila Julieta e acompanhado pelo programa.

* Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da Vila Julieta.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS Vila Julieta

Meta 2.1: Realizar avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

* Indicador 1: Proporção de idosos com avaliação Multidimensional Rápida de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com avaliação Multidimensional Rápida apropriado.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedio e medida da sensibilidade em diabéticos cada 3 meses.

* Indicador 2: Proporção de idosos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Meta 2.3: Solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos Diabéticos e Hipertensos.

* Indicador 3: Proporção de idosos diabéticos e hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de pessoas idosas diabéticos e hipertensos com exame clínico apropriado.

* Denominador: Número total de pessoas idosas diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção pertencentes à área de abrangência da UBS.

* Indicador 4: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção na UBS de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção residente na área de abrangência da UBS cadastrados no programa ao Idoso.

* Denominador: Número total de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção residente na área de abrangência da UBS.

Meta 2.5: Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

* Indicador 5: Proporção de visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção residente na área de abrangência da UBS e cadastrados no programa com Visitas Domiciliares.

* Denominador: Número total de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção residente na área de abrangência da UBS.

Meta 2.6: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

* Indicador 6: Cobertura do programa de atenção ao idoso Hipertenso na UBS.

* Numerador: Número de idosos hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa.

* Denominador: Número total de idosos hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior de 135/80 mmhg ou com diagnóstico de HAS para Diabetes Mellitus.

* Indicador 7: Cobertura do programa de atenção ao idoso diabético e hipertenso na unidade de saúde.

* Numerador: Número de diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa.

* Denominador: Número total de diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação a 100% dos idosos da necessidade de atendimento odontológico.

* Indicador 8: Proporção de idosos com atendimento odontológico apropriado de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com avaliação odontológica apropriada.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos a consultas programadas.

* Indicador 1: Proporção de idosos faltosos a consultas programadas de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência e acompanhado pelo programa.

* Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da UBS Vila Julieta.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações dos atendimentos dos idosos da UBS Vila Julieta.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100 % dos idosos da UBS.

* Indicador 1: Proporção de registro específico apropriado de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com registro apropriado.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Distribuir a caderneta da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados

* Indicador 1: Proporção da caderneta da pessoa idosa apropriada de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idoso com caderneta da pessoa idosa apropriada.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Vila Julieta.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade da unidade de saúde.

* Indicador 1: Proporção de idosos com risco de morbimortalidade da UBS de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com risco de morbimortalidade apropriado.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização da velhice em 100 % dos idosos da UBS.

* Indicador 1: Proporção de idosos com risco de fragilidade da velhice da UBS de acordo com o Protocolo.

* Numerador: Número de idosos com risco de fragilidade da velhice apropriado.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde do idoso da UBS Vila Julieta.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para alimentação saudável a 100% das pessoas idosas.

* Indicador 1: Proporção de orientação nutricional para alimentação saudável apropriado de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para alimentação saudável apropriado.

* Denominador: Número total de idoso cadastrado na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientações para pratica regular de exercícios físicos a 100% dos idosos.

* Indicador 1: Proporção para pratica regular de exercícios físicos apropriado de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com orientação para pratica regular de exercícios físico apropriado.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

* Indicador 3: Proporção de orientações sobre higiene bucal apropriados de acordo com o protocolo.

* Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal apropriada.

* Denominador: Número total de idosos cadastrados na UBS.

2.3.3 Logística

Para o monitoramento do número de idosos cadastrados, a equipe de saúde vai utilizar o prontuário clínico e registro de atendimentos disponíveis na UBS e no município. Para coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção a equipe utilizará a ficha espelho disponibilizada pelo curso, o médico de família e a enfermeira elaboraram uma ficha complementar e farão contato com o gestor municipal para imprimir as fichas complementares adequadas, serão utilizados matérias de apoio e com base no protocolo: Caderno de atenção básica 19, ano 2006, de Saúde do Idoso.

A capacitação da equipe será feita na UBS, e será disponibilizada 2 hora no horário adicionalmente utilizado para a reunião de equipe. A partir do momento que a unidade tiver o cadastro de 100% de seus idosos, a realização de exames complementares destes pacientes vai depender de um registro especial (ficha-espelho) a cada um destes pacientes, especificando data de solicitação, exames solicitados, data de retorno para mostrar resultados de exames e data da próxima consulta. Este registro será monitorado pela enfermeira semanalmente que contará

com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde para fazer a busca ativa dos pacientes que estarão perto da data de realização de novos exames, assim como acamado ou com dificuldade de locomoção e idosos com HAS e Diabetes Mellitus.

O médico da família no momento da consulta vai identificar ao pacientes que necessitam de atendimento odontológico e será disponibilizado um registro especial para cada consulta odontológica realizada com estes pacientes. Para organização deste serviço serão disponibilizadas duas fichas diárias para atendimentos odontológicos de hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação feita pelo médico da família da necessidade deste atendimento. A equipe de saúde será capacitada pelo médico da família e a enfermeira segundo protocolo adotado na UBS semanalmente durante 30 dias. Este registro será monitorado pela enfermeira semanalmente que contará com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde para fazer a busca ativa dos pacientes que estarão perto da data de consultas e pacientes faltos todos os dados do paciente serão gravados no prontuário clínico individual e caderneta de saúde do idoso as quais serão distribuídas no momento das consultas e visitas domiciliares.

Será criado um modelo de registro padrão para disponibilizar as informações do paciente à todos os membros da equipe de forma clara. Serão indicados exames complementares a todos os idosos de acordo com o protocolo disponibilizado na UBS e coordenado com gestor municipal. Para identificar à fragilidade da velhice a secretaria de saúde providenciará instrumentação para melhorar a qualidade do exame físico e identificar melhor qualquer alteração no exame físico. Serão feitas orientações em relação à prática regular de atividade física aos pacientes idosos da UBS uma vez por mês no âmbito da associação de bairro, que irão coincidir com o grupo de diabéticos e hipertensos da UBS, e será feito por o educador físico, o médico de família e a enfermeira. Para garantir orientação sobre higiene bucal e hábitos alimentares saudáveis aos idosos da UBS, também será utilizado o espaço do grupo de hiperdia.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS.	X															
Listagem de todas as pessoas idosas da área adstrita.	X															
Contato com lideranças comunitárias.	X				x				x				x			
Atendimento clínico das pessoas idosas.	X				x				x				x			x
Criar e ampliar os grupos de Idosos.			X				x				x				x	
Busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas.			X				x				x		x			x
Monitoramento das ações	x	x					x				x					x
Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Atualizar as informações do SIAB.				x				x				x				x
Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico.	x			x				x				x			x	

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Com o objetivo de "Melhorar a atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta do Município de Butiá", ao longo de 16 semanas a equipe da Estratégia de Saúde da Família desta unidade colocou em prática diversas ações que se destinavam a ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS (objetivo 1); melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS (objetivo 2); melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS (objetivo 3); melhorar os registros das informações dos atendimentos (objetivo 4); mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS (objetivo 5) e promover a saúde do idoso da UBS Vila Julieta (objetivo 6). Através de dias de muito trabalho, dedicação e engajamento, bem como, da observância permanente do cronograma de intervenção, foi possível desenvolver todas as ações previstas pelo projeto de intervenção proposto.

Inicialmente foram realizados os diferentes momentos de capacitação da equipe, pelo médico de família e a enfermeira da UBS: sobre acolhimento a idosos, capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na busca de idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização, capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS e capacitação dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência foi feita no âmbito da UBS. Estes momentos foram facilitados pelo interesse da equipe nos temas propostos e, por isso, pela participação nos debates com intercâmbio de opiniões e experiências acerca do trabalho com este grupo de pacientes e estudo de casos clínicos. A

difficuldade inicialmente identificada se restringiu ao fato de que a equipe não estava completa no momento, contando com duas ACS em férias.

Entretanto, na sequência dos trabalhos, foi possível contar com ampla participação inclusive dos que voltaram de férias, visto que estavam bastante mobilizados pelo projeto (o primeiro feito nesta comunidade). Para a continuidade das ações de capacitação foram utilizados vários documentos disponibilizados e protocolizados pela secretaria de saúde do município, assim como, os textos da atenção básica disponibilizados nas UBS pelo Ministério da Saúde - o que deu o suporte necessário a estes momentos. Assim, foram desenvolvidas atividades destinadas à capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com a Guia Alimentar para a população brasileira, acolher os idosos, cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde, atualizar as informações de SIAB, garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em todos os idosos, definir as atribuições de cada profissional da equipe na AMR, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, garantir a solicitação dos exames, garantir o registro de idosos acamados ou com problemas de locomoção, melhorar o acolhimento para idosos hipertensos e diabéticos, garantir material adequado para medição da PA E realização de Hemoglicoteste na UBS, organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, manter as informações do SIAB atualizadas, priorizar atendimento para idosos de maior risco de morbimortalidade, priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice, demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física, organizar tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual, monitorar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico da UBS, monitorar os números de idosos cadastrados na UBS em acompanhamento odontológico no período e monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Aos poucos, o alto número de atendimentos realizados na UBS começou a se evidenciar como um fator de dificuldade a administrar durante o período da intervenção, pois implicou na sobrecarga de trabalho da recepcionista e foram efetivadas várias queixas sobre o mau acolhimento realizado. Outro fator de dificuldade neste momento foram as férias de outros profissionais - que tornavam a equipe reduzida e o trabalho na comunidade afetado. Ainda assim, tiveram continuidade as ações de capacitação da equipe, organizadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos, iniciados o monitoramento do número de idosos com obesidade/desnutrição da área de abrangência, bem como, o da orientação de atividade física regular para todos os idosos e sua prática. Identificou-se que o trabalho no território precisava ser ampliado, especialmente através da criação de novos grupos - o que se mostrou viável devido ao comprometimento da equipe com as metas estabelecidas pelo projeto e com os resultados do trabalho, assim como, pela possibilidade de desenvolvimento de ações no âmbito das associações de moradores de cada bairro e pela colaboração dos pacientes diabéticos e hipertensos acompanhados na UBS, que passaram a ajudar com as palestras, cadastros, entre outras ações. O grupo “Sentir-se jovem” pode ser considerado o grande sucesso do projeto, pois através dele foi possível levar informação, prevenção e descontração aos nossos pacientes. Tendo iniciado pequeno, o grupo hoje acolhe em média 60 idosos por encontro e esse número cresce a medida que a comunidade ouve falar do mesmo.

Junto aos avanços no trabalho no território, alguns passos foram dados no que se refere à qualificação do que era oferecido pela UBS: a existência do Programa de Atenção aos Idosos passou a ser divulgada através de cartazes; a versão atualizada dos protocolos de atendimentos, assim como o modelo de registro para pacientes idosos cadastrados no programa, passaram a ficar disponíveis na UBS. Também foram intensificadas as visitas domiciliares dos pacientes cadastrados com problemas de locomoção, ocasião em que foram realizadas Avaliação Multidimensional Rápida e exame clínico, assim como, foram indicados exames laboratoriais e estabelecidos diálogos sobre diferentes temas de interesse para o paciente e familiares. Foi garantido por parte da Secretaria Municipal de Saúde o material adequado para a medida da tomada de pressão arterial e realização de Hemoglicoteste (HGT) na UBS, e junto com a Odontóloga da equipe organizou-se a agenda de saúde bucal para o atendimento dos pacientes

hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Além disso, foi verificada a necessidade e possibilidade de organizar as agendas de marcação de consultas dando prioridade para consultas a idosos.

Na sequência tiveram andamento as ações de cadastramento dos idosos da área de abrangência, como também, de um cadastro específico dos acamados. Os agentes de saúde foram engajados na busca de idosos e, embora tenham tido um primeiro momento de recusa, através de diálogo foi esclarecido e demonstrado que isso não significava mais trabalho, e sim, qualificar o que já estava sendo feito, sendo estas ações fundamentais que o projeto de intervenção funcionasse e se consolidasse. O resultado foi que muitos idosos que não estavam recebendo acompanhamento clínico, principalmente idosos acamados, hoje estão recebendo toda a atenção que precisam da equipe. A partir destas ações foram elaboradas as cadernetas de saúde para cada idoso, a serem entregues pelos ACS aos idosos para acompanhamento das informações do paciente junto à UBS, e a equipe também foi orientada quanto à forma de trabalho com essa nova ferramenta. Mais uma vez, considera-se importante destacar que uma das facilidades encontradas ao longo da intervenção situou-se, sem dúvidas, na relação de colaboração estabelecida com os demais profissionais, sem a qual as ações seriam inviabilizadas. De mesmo modo, destaca-se o empenho e apoio do gestor municipal em atender às reivindicações da equipe o mais breve possível, contribuindo para que as dificuldades encontradas fossem rapidamente superadas e para que o trabalho fosse exercido conforme planejado. Nesse cenário de cadastramento e das visitas domiciliares, vale destacar um outro fator que certamente facilita o trabalho com a saúde da população: a área de abrangência da UBS Vila Julieta é constituída por pessoas com um poder aquisitivo razoavelmente bom, o que significa que são poucos os casos de desnutrição e más condições de vida. A maioria das famílias tem condições de oferecer aos idosos todos os cuidados físicos que necessitam, por exemplo, os acamados não possuem escaras, realizam todas as refeições necessárias do dia, etc.

Nas últimas semanas da intervenção foram iniciados os atendimentos específicos a idosos que possuem HA e DM (concomitante às visitas domiciliares que continuaram sendo realizadas junto à enfermeira e ao ACS). Como antes dito, o trabalho na unidade se intensificou à medida em que a intervenção foi tendo efeito na comunidade e o número de atendimentos aumentou, o que fez com que um outro

elemento de dificuldade passasse a estar presente para um número cada vez maior de profissionais: o cansaço. Atender a todos de forma humanizada, com carinho e atenção, tornou-se um desafio diário e que exigiu investimento pessoal, além do profissional. Nesse sentido, os momentos de troca com a equipe, em especial com os ACS, se mostraram muito potentes, pois sendo o elo entre a equipe e a comunidade, eles conseguiam trazer as críticas, elogios e ideias que vinham dos pacientes, colaborando para a qualificação do trabalho e para que a equipe se mantivesse atenta à relação estabelecida com os pacientes, tendo em vista a singularidade das condições, dificuldades e limitações de cada um. Outra dificuldade encontrada a partir deste momento foi que quando começaram a retornar ao posto os idosos com HA e DM com os resultados dos exames solicitados, confirmou-se a expectativa de que a grande maioria apresentava elevados níveis de colesterol, triglicerídeos e glicose. Apesar de ser oferecida a terapia medicamentosa e a orientação necessária quanto à mudança de hábitos de vida, identificou-se que havia uma limitação no retorno dados pelos pacientes no que se refere à melhorias na alimentação e prática regular de atividades físicas.

Buscando dar conta desta dificuldade, uma estratégia criada pela equipe que se mostrou interessante e trouxe bons efeitos quando incorporada ao grupo "Sentir-se jovem" e às visitas domiciliares foi a de levar um prato feito com alimentos saudáveis nos encontros, procurando demonstrar que era possível ter uma alimentação de qualidade e gostosa ao mesmo tempo. Em um desdobramento desta ação, foi criado e impresso um livro de receitas para ser distribuído à comunidade e os ACS foram capacitados com relação ao tema por uma nutricionista que atua nas escolas do município. Outra ação nesse sentido foi a articulação com um educador físico que estava realizando um trabalho de orientação para atividade física, especialmente para idosos, na academia ao ar livre localizada no centro da cidade. O profissional foi contratado pela prefeitura do município e disponibilizou um turno por semana para trabalhar com os idosos da Vila Julieta. Com isso, foi iniciado o grupo "Mexa-se!", que passou a ser realizado todas as terças-feiras pela manhã com os idosos da UBS.

Por fim, foram desenvolvidas as ações de trabalho com os pacientes faltosos. Foi solicitado aos ACS que os mesmos verificassem o comparecimento dos idosos que residem em suas micro-áreas as consultas e que fornecessem relatório contendo o nome e o endereço dos faltosos para que fossem realizadas, na

sequência, as visitas domiciliares. Identificou-se que há grande dificuldade no que se refere à periodicidade das consultas e acompanhamento dos idosos. Entende-se que a complexidade desta dificuldade situa-se não apenas nas ações oferecidas pela própria UBS, mas, também, no modo como a pessoa idosa (e sua família), se relacionam com as doenças e com o tratamento. Talvez resolver este problema passe por ampliar a compreensão do idoso sobre a importância do seu tratamento. Talvez sejam necessárias outros recursos e um olhar mais demorado e cuidadoso para esta questão, tendo como foco o comparecimento às consultas e a adesão ao tratamento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Conforme abordado no tópico anterior, tendo sempre como referência o cronograma de intervenção, foi possível realizar todas as ações propostas no projeto. Apesar de algumas dificuldades encontradas, estas foram rapidamente superadas a partir do engajamento da equipe da UBS, do apoio da gestão municipal e do vínculo com a comunidade da Vila Julieta.

Pode-se pensar que, se o terceiro objetivo do projeto, de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta, não foi plenamente atingido, tenha sido mais porque a estratégia utilizada para atingir a meta não tenha sido a mais adequada do que pelas ações previstas não terem sido desenvolvidas - os agentes de saúde vêm tentando encontrar os pacientes faltosos e trazê-los de volta ao posto, e já foram pensadas ações complementares para a sequência, como propor que o agente de saúde tenha o controle das consultas marcadas com antecedência, programe as suas visitas domiciliares a estes pacientes e tente reprimir as faltas às consultas, alertando sobre a importância do acompanhamento clínico, além da realização de exames complementares.

Entretanto, este é um tema que demonstra ser mais complexo do que inicialmente se supõe, que precisa ir além da responsabilização da equipe e da culpabilização do próprio paciente, exigindo uma reflexão mais aprofundada e um estudo mais específico acerca dos fatores implicados na adesão de idosos a tratamentos de saúde, talvez junto aos diferentes profissionais da equipe, para estabelecimento de novas estratégias - especialmente considerando que a atenção básica à saúde concebe o indivíduo como um ser biopsicossocial, prestando

atendimento integral para toda a família e a partir de sua inserção na comunidade. A ficha complementar que iria ser elaborada além da disponibilizada pelo curso não foi desenvolvida por falta de recursos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No que diz respeito a preenchimento de relatórios, informações do SIAB, e atualização de informações, houve grande empenho e dedicação da equipe para manter as informações atualizadas ao longo da intervenção, o que facilitou sobremaneira a sistematização dos dados. Cientes da importância que os registros têm no acompanhamento de saúde do idoso, os diferentes profissionais se mantiveram atentos a esta questão, com muito cuidado e tentando evitar ao máximo os erros, bem como, tirando as dúvidas que surgiam. Assim, não é possível apontar dificuldades com a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

De acordo com o descrito no item 3.1, à medida que foram feitas as capacitações necessárias, criados os instrumentos pertinentes e fornecidos os recursos materiais e humanos necessários ao trabalho, as ações previstas pelo projeto foram facilmente incorporadas à rotina do serviço e dos pacientes, como por exemplo no caso da caderneta de saúde da pessoa idosa - importante instrumento incorporado ao trabalho, através do qual é possível ter um breve acompanhamento e histórico do paciente. Assim como se tornou hábito o registro das informações por parte dos profissionais, tornou-se hábito dos pacientes estar nas consultas acompanhados de sua caderneta. Outra estratégia que foi bem sucedida foram as visitas domiciliares realizadas pela equipe, permitindo pacientes que antes ficavam esquecidos em suas residências, hoje sejam atendidos de acordo com suas necessidades, o que fortalece o vínculo entre a equipe e a comunidade e contribui para que a população busque o atendimento, retornando ao posto, quando necessário.

Todavia, mais uma vez, é necessário evidenciar que mesmo havendo viabilidade, as mudanças nas rotinas no serviço passam por um outro elemento fundamental: o engajamento da equipe com o projeto. Assim, considera-se

fundamental a continuidade dos momentos de formação continuada, reuniões de equipe, discussão de casos, trocas informais e todas as oportunidades de diálogo entre os profissionais que constituem o trabalho da UBS: recepcionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, entre outros, pois qualificar o atendimento não depende apenas do saber específico de uma área, mas passa por uma compreensão da integralidade da saúde do idoso, da humanidade do paciente. Além disso, em um cenário de saúde pública como o que temos no país e, em alguma medida, encontramos efeitos na Vila Julieta, em Butiá, é preciso certa tolerância às frustrações e limitações do trabalho, bem como, apoio e parceria entre colegas de diferentes profissões, para manter a motivação e disponibilidade de investimento em novos projetos e propostas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Julieta no Município de Butiá, Rio Grande do Sul, tendo como população alvo 524 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Neste período, os resultados alcançados - em seus aspectos quantitativos e qualitativos, foram os seguintes:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da UBS para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao idoso.

Na área de abrangência da unidade de saúde foram identificadas 524 pessoas com 60 anos ou mais. No início da intervenção (primeiro mês), apenas 10,1% (n=53) estavam cadastradas no programa de atenção à saúde do idoso. O número de idosos cadastrados cresceu à medida que a intervenção foi implementada, passando para 15,5% (n=81) no segundo mês, para 21,9% (n=115) no terceiro mês e chegando ao final do quarto mês a 28,2% (n=148), o que pode ser observado através do gráfico abaixo (Figura 1.1). Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso foi possível devido às ações de cadastramento dos idosos da área de abrangência, como também, de um cadastro específico dos acamados,

realizados pelas ACS. Entretanto, apesar do engajamento dos profissionais, em especial dos ACS, o resultado alcançado ficou muito distante da meta almejada de 100% dos idosos cadastrados. Um dos fatores que interfere neste indicador é a instabilidade da presença de alguns idosos, que não se mantém morando com o mesmo familiar e mudam de endereço ao longo dos meses, a equipe de saúde faz o cadastro e oferece atendimento por o tempo que o paciente mora na área de abrangência. Também podemos considerar que nossa meta inicial foi superestimada, visto que um número muito alto de pessoas precisaria ser atendida nos 4 meses (524 pessoas e precisaríamos atender 32 idosos por semana).

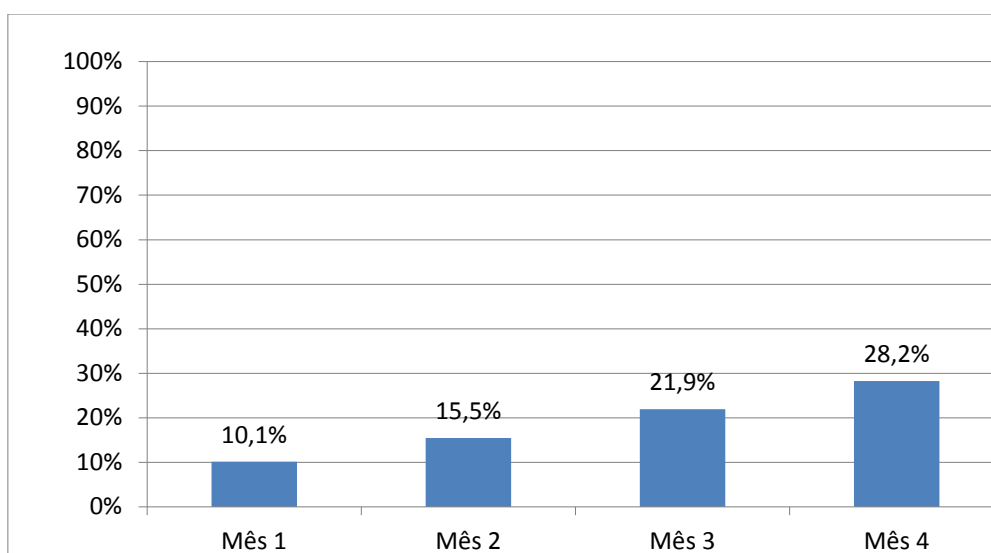


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção à Saúde do Idoso na ESF Vila Julieta, Butiá, RS. 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS Vila Julieta

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida de acordo com o protocolo.

No início da intervenção, dos 53 idosos cadastrados na unidade de saúde 86,8% (n=52) estavam com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Ao longo das semanas, assim como cresceu o número de idosos cadastrados, aumentou esta

proporção. No segundo mês, eram 98,8% (n=80) dos 81 idosos cadastrados. No terceiro mês, eram 99,1% (n=114) dos 115 idosos cadastrados. Ao final da intervenção, dos 148 idosos cadastrados 99,3% (n= 147) estavam com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia (Figura 2.1). Sendo assim, apesar de a meta de 100% não ter sido atingida, compreende-se que o resultado esperado foi alcançado, pois muito próximo do percentil buscado apesar do significativo aumento de pacientes. Esse resultado foi possível, em especial, por dois fatores: foram garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em todos os idosos e definidas as atribuições de cada profissional da equipe na AMR. Além disso, através das visitas domiciliares foi possível realizar a AMR naqueles idosos que não tinham condições de se deslocar até a UBS.

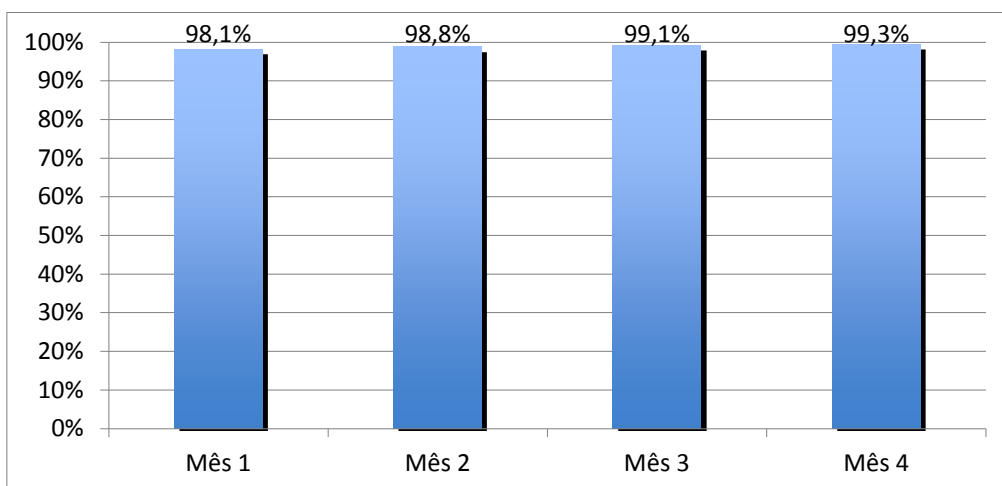


Figura 2 - Proporção de Idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedio e medida da sensibilidade em diabéticos cada 3 meses.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Inicialmente, dos 53 idosos cadastrados na UBS 86,8% (n=46) estavam com exame clínico apropriado em dia. Esta proporção cresceu à medida que cresceu o número de idosos cadastrados, chegando a 87,7% (n=71) no segundo mês, a 91,3% (n=105) no terceiro mês, sendo que ao final das 16 semanas 93,2% (n=138) dos

idosos cadastrados estavam com exame clínico apropriado em dia (Figura 2.2). Assim como no caso da meta anterior, apesar de não ter sido possível chegar a 100% dos idosos, considera-se que o resultado atingido foi bom dentro do objetivo de qualificar a atenção à saúde do idoso. Isso se deve especialmente às capacitações realizadas junto à equipe, à definição das atribuições de cada membro, à busca dos pacientes que não haviam realizado exame clínico e à organização do tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual.

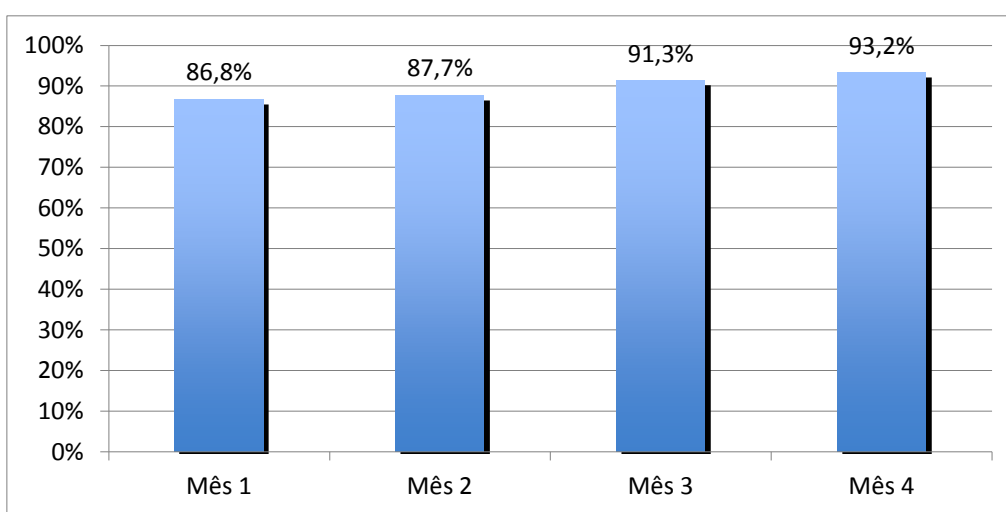


Figura 3 - Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia na ESF Vila Julieta, Butiá, RS. 2015.

Meta 2.3: Solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos Diabéticos e Hipertensos.

Indicador 2.3: Proporção de usuários diabéticos e hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

A proporção de usuários diabéticos e hipertensos com exame clínico apropriado inicialmente era de 89,1% (n=41) dos idosos diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS. Ainda que no segundo mês de intervenção possa ser observada uma pequena diminuição na proporção para 88,7% (n=63) ela não se mostra significativa, crescendo conforme o número de cadastrados a partir do terceiro mês, quando passou para 93,1% (n=127), e chegando a um índice de 94,8% (n=127) ao final do quarto mês (Figura 2.3). Pode se pensar que, a partir do aumento do número de idosos houve dificuldades iniciais na realização dos exames

clínicos com solicitação de exames complementares periódicos, o que logo foi superado. O aumento da proporção foi bom, ainda que não tenha atingido a meta prevista, entretanto é preciso considerar que somente a solicitação de exames complementares não é suficiente para qualificar a atenção à saúde do idoso tendo em vista que a realidade do município não dá o suporte necessário para a realização destes exames a curto prazo. A avaliação deste indicador, portanto, se limita à meta de solicitação dos exames, mas não é suficiente para avaliar o resultado dentro do objetivo maior em que se situa.

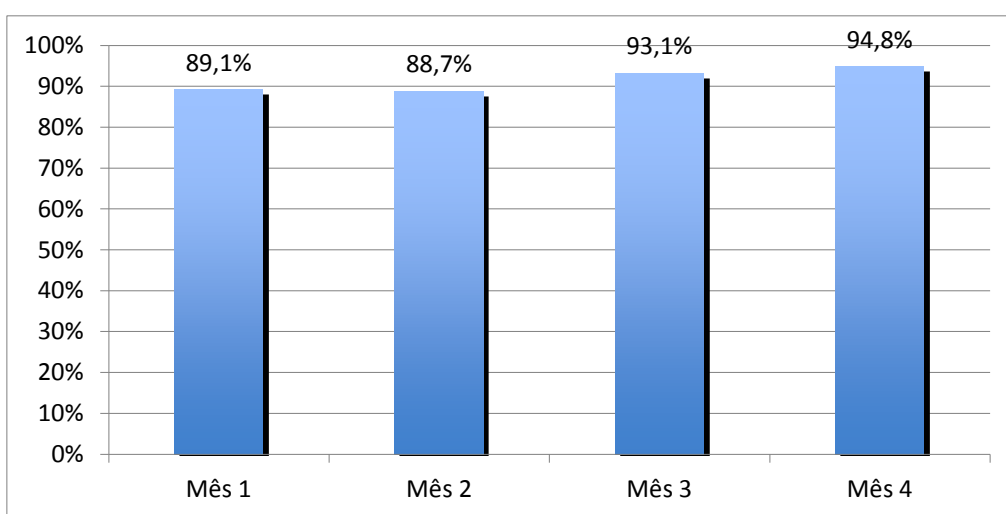


Figura 4 - Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na ESF Vila Julieta, Butiá, RS. 2015.

Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção pertencentes à área de abrangência da UBS.

Indicador 2.4: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção na UBS de acordo com o protocolo.

A proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados no programa de atenção à saúde do idoso no primeiro mês de intervenção era de 100% (n=4). No segundo mês, é possível observar um número de cadastrados maior que o número de idosos residentes na área de abrangência da UBS, o que gerou um índice de 100% (n=8), tendência que se repetiu no terceiro mês com 100% (n=19) e se manteve até o final da intervenção, quando foi possível encontrar um indicador de 100% (n=34).

Meta 2.5: Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

Indicador 2.5: Proporção de visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção de acordo com o protocolo.

A proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados no programa que recebeu visitas domiciliares foi de 100% do primeiro ao quarto mês, variando o número de idosos conforme o número de cadastrados, iniciando com n=4, chegando a n=8 no segundo mês, n=19 no terceiro mês e a n=34 no último mês (Figura 2.5). Isso significa que este resultado foi plenamente atingido, contando com diferentes fatores implicados em sua efetivação que vão desde a capacitação dos trabalhadores para o trabalho no território, passando pela possibilidade de incluir as visitas domiciliares como instrumento de trabalho na rotina das equipes e a disponibilidade dos diferentes profissionais em realizar este tipo de atendimento. Entende-se que atingir a esta meta tem um profundo impacto quanto ao objetivo de qualificar a atenção à saúde do idoso pois a aproximação da equipe com estes pacientes que encontram-se impossibilitados de se deslocar até a UBS viabiliza o alcance de outras metas a ele relacionadas. Além de disso, fortalece o vínculo do idoso e sua família com a UBS e sua equipe, o que terá impacto em atendimentos futuros e nas ações de promoção da saúde no território.

Meta 2.6: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Indicador 2.6: Cobertura do programa de atenção ao idoso Hipertenso na UBS.

No início da intervenção, o índice de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta era de 100% (n= 53) dos idosos na área de abrangência cadastrados pelo programa. Este índice se manteve ao longo dos quatro meses de intervenção, correspondendo a n=81 no segundo mês, n=115 no terceiro mês e a n=148 no último mês (Figura 2.6). Assim, é possível dizer que esta meta foi plenamente alcançada e se relaciona não apenas às ações de capacitação da equipe e organização do trabalho, mas também, à qualidade do registro das informações.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior de 135/80 mmhg ou com diagnóstico de HAS para Diabetes Mellitus.

Indicador 2.7: Cobertura do programa de atenção ao idoso diabético e hipertenso na unidade de saúde.

No início da intervenção, o índice de idosos rastreados para diabetes era 88,2% (n= 15) dos idosos na área de abrangência cadastrados pelo programa. Este índice aumentou ao longo dos quatro meses de intervenção, correspondendo a n=17 no segundo mês, n=25 no terceiro mês e a n=28 no último mês (Figura 2.6). Assim é possível dizer que esta meta não foi alcançada, ainda que os resultados tenham sido positivos e o ápice tenha sido chegar aos 92,6% no terceiro mês de intervenção, porque alguns pacientes tomavam café da manhã antes de ir para consulta e este teste é mais confiável em jejum e outros não concordaram apesar da explicação do procedimento.

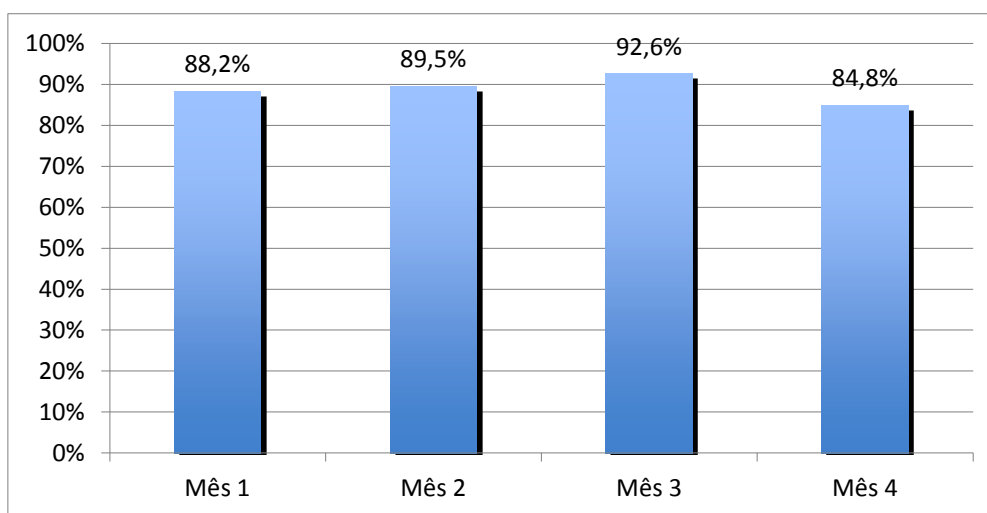


Figura 5 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação a 100% dos idosos da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.8: Proporção de idosos com atendimento odontológico apropriado de acordo com o protocolo. O qual foi feito pela dentista da equipe.

No início da intervenção era possível observar que 98,1% (n=52) do total de idosos cadastrados na UBS estava com avaliação odontológica apropriada. Este índice apresentou uma pequena queda no segundo mês, passando para 97,5% (n=79), mas voltou a subir nos meses seguintes, chegando a 98,3% (n=113) no

terceiro mês e a 98,6% (n=146) no final da intervenção (Figura 2.8). No que se refere a este indicador, podemos considerar que apesar da meta não ter sido plenamente atingida, o resultado foi bom e muito próximo daquele esperado, contribuindo de forma importante para a qualificação da atenção à saúde do idoso. Algumas ações específicas de monitoramento estão diretamente relacionadas a este resultado, como o monitoramento da avaliação de necessidade de atendimento odontológico, do número de idosos cadastrados na UBS em acompanhamento odontológico no período e do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. Além disso, a priorização de agendamento para pessoas idosas em quatro consultas por dia foi fundamental. Entende-se que ainda são poucos atendimentos, mas aquilo que é possível dentro das demandas e possibilidades da unidade. Apesar desse bom resultado, tivemos alguns idosos que não fizeram avaliação na UBS porque muitos tem seguimento com dentistas particulares.

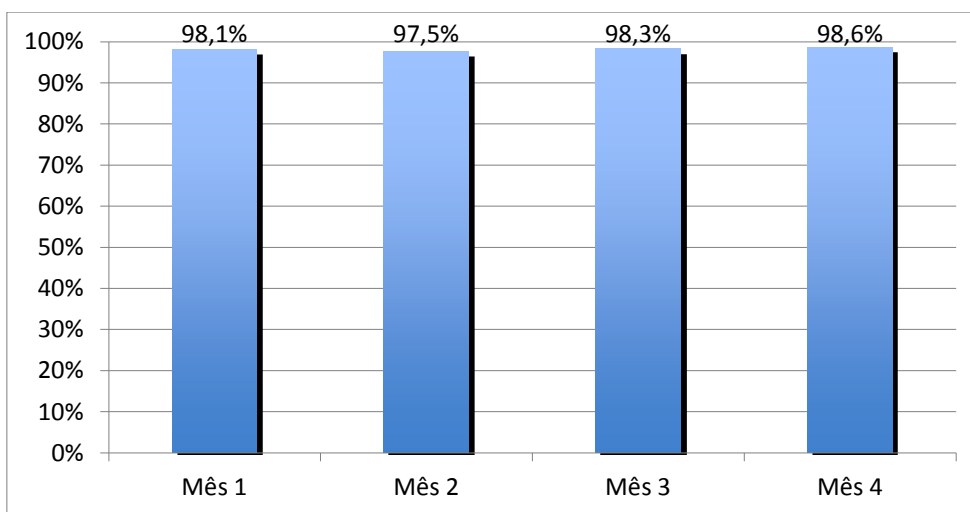


Figura 6 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Julieta, Butiá, RS. 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos a consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos a consultas programadas de acordo com o protocolo.

Pode-se pensar que o motivo do terceiro objetivo do projeto de melhorar a adesão dos idosos não ter sido plenamente atingido tenha sido porque a estratégia utilizada para atingir a meta não tenha sido a mais adequada do que pelas ações previstas não terem sido desenvolvidas. Os ACS vêm tentando encontrar os pacientes faltosos e trazê-los de volta à UBS. Já foram pensadas ações complementares para a sequência, como propor que o ACS tenha o controle das consultas marcadas com antecedência, programe as suas visitas domiciliares a estes pacientes e tente as faltas as consultas, alertando sobre a importância do acompanhamento clínico, além da realização de exames complementares.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações dos atendimentos dos idosos da UBS Vila Julieta.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100 % dos idosos da UBS.

Indicador 4.1: Proporção de registro específico apropriado de acordo com o protocolo.

A proporção de idosos cadastrados com registro na ficha espelho em dia era de 100% (n=53) no início da intervenção, índice que se reduziu para 97,5% (n=79) no segundo mês, voltando a crescer nos meses subsequentes chegando a 98,3% (n=113) no terceiro mês e a 98,6% (n= 146) no quarto mês sem, entretanto, voltar aos 100% iniciais (Figura 4.1). Ainda assim, compreende-se que a meta foi atingida, pois a variação é insignificante quando considerados os números absolutos de idosos cadastrados no programa com registros na ficha espelho em dia. Nesse aspecto, os momentos iniciais de capacitação da equipe foram decisivos pois sempre contemplaram a importância do registro das informações e mantiveram os profissionais engajados com a intervenção. A equipe sempre se mostrou preocupada com a qualidade das informações e sua permanente atualização. Apesar desse bom resultado, tivemos alguns idosos que não tiveram registro atualizado porque algum de nossos colegas cometeram pequenos erros ao passar algumas informações.

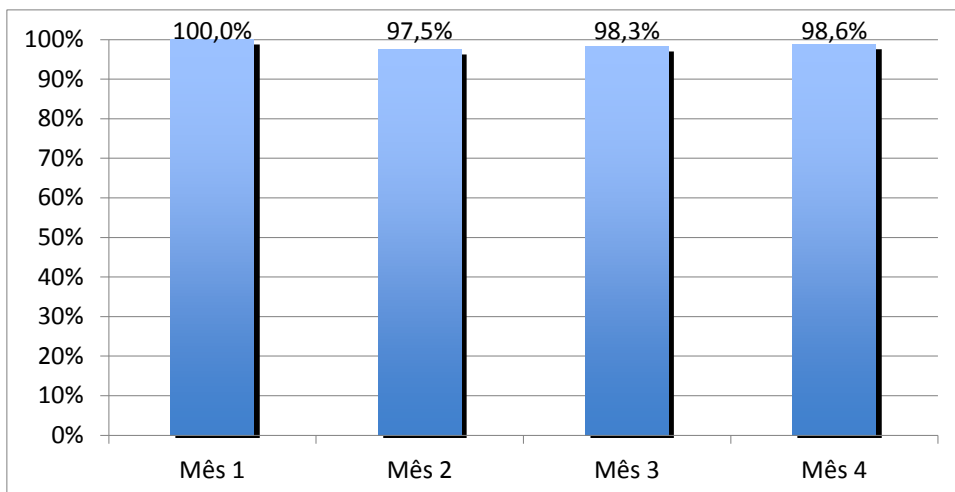


Figura 7 - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.

Meta 4.2: Distribuir a caderneta da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2: Proporção da caderneta da pessoa idosa apropriada de acordo com o protocolo.

Desde o primeiro mês de intervenção foi possível garantir a caderneta da pessoa idosa a todos os idosos cadastrados, ou seja a 100% (n=53). Este índice se manteve ao longo dos quatro meses, variando apenas o número de idosos cadastrados que no segundo mês correspondia a n=81, no terceiro a n=115 e no quarto a n=148 (Figura 4.2). Assim como no caso da meta anterior, desde o início da intervenção a equipe entendeu a importância que os registros têm no acompanhamento de saúde do idoso o que fez com que a caderneta de saúde da pessoa idosa se configurasse como um importante aliado incorporado trabalho. Tendo em vista que através dela é possível vislumbrar um breve acompanhamento e histórico do paciente, os resultados obtidos dentro desta meta se articulam aos resultados obtidos através de outras metas e objetivos da intervenção.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Vila Julieta.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade da unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com risco de morbimortalidade da UBS de acordo com o protocolo.

A proporção de idosos cadastrados na UBS com avaliação de risco para morbimortalidade em dia se manteve em 100% ao longo dos quatro meses de intervenção, apesar do crescimento do número de idosos cadastrados que de n=53 no primeiro mês, passou para correspondia a n=81 no segundo mês, para n=115 no terceiro mês e chegou a n=148 no último mês da intervenção (Figura 5.1). O bom resultado deste indicador está diretamente relacionado à capacitação dos profissionais para identificação de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e à priorização de atendimento para idosos de maior risco de morbimortalidade. Também colaboram para estes resultados as ações de busca dos pacientes e visitas domiciliares realizadas pela equipe, assim como, o adequado registro das informações.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização da velhice em 100 % dos idosos da UBS.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com risco de fragilidade da velhice da UBS de acordo com o Protocolo.

Assim como é possível observar na meta anterior, a proporção de idosos cadastrados na UBS com avaliação para fragilização na velhice se manteve em 100% ao longo dos quatro meses de intervenção, apesar do crescimento do número de idosos cadastrados que de n=53 no primeiro mês, passou para correspondia a n=81 no segundo mês, para n=115 no terceiro mês e chegou a n=148 no último mês da intervenção. Ter esta meta plenamente alcançada se relaciona diretamente com a capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e com a priorização de atendimento para idosos fragilizados na velhice. Do mesmo modo que na meta anterior, colaboram para estes resultados as ações de busca dos pacientes e visitas domiciliares realizadas pela equipe, assim como, o adequado registro das informações.

Objetivo 6: Promover a saúde do idoso da UBS Vila Julieta.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para alimentação saudável a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de orientação nutricional para alimentação saudável apropriado de acordo com o protocolo.

O número de idosos com orientação nutricional para alimentação saudável no início da intervenção representava 98,1% (n=52) do total de idosos cadastrados na UBS. Essa proporção cresceu ao longo dos meses, chegando a 98,8% (n=80) no segundo mês, a 99,1% (n=114) no terceiro mês e, finalmente, a 99,3% (n=147) no quarto mês (Figura 6.1). Assim, compreende-se que a meta foi alcançada e os bons resultados foram potencializados pela experiência de trabalho com o grupo “Sentir-se jovem”, que acolhe em média 60 idosos por encontro e cresce a medida que a comunidade toma conhecimento de sua existência. As ações junto ao grupo, como a experimentação de alimentos e o livro de receitas, tiveram efeitos evidentes à medida em que os pacientes começaram a compartilhar com a equipe suas próprias “receitas saudáveis”. Entende-se que atingir esta meta tem importante impacto na promoção de saúde do idoso, considerando que apenas a terapia medicamentosa não é suficiente para o tratamento das doenças crônicas associadas ao envelhecimento. Apesar desse bom resultado, tivemos alguns idosos que não receberam orientações porque teve alguns usuários que não assistiram às atividades porque estavam fora de área.

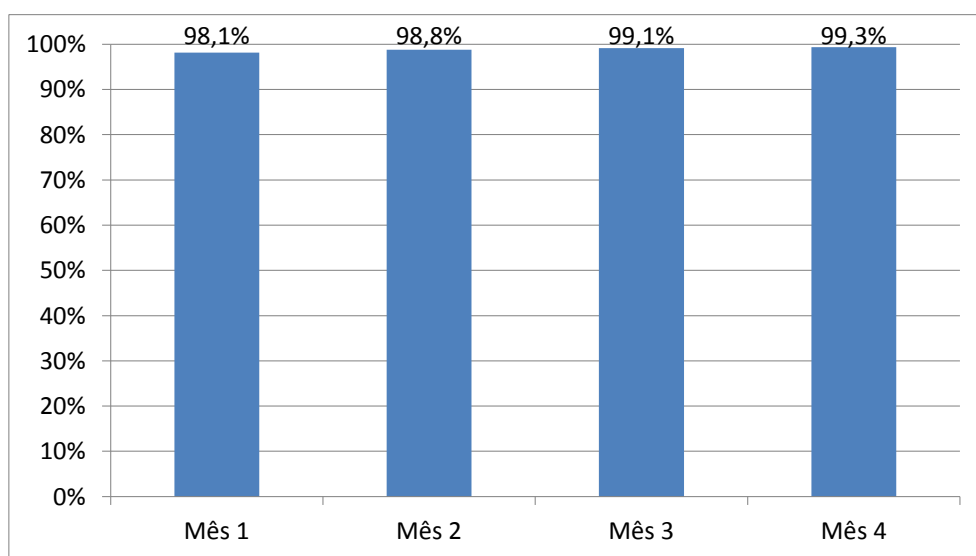


Figura 8 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na ESF Vila Julieta, Butiá, RS. 2015.

Meta 6.2: Garantir orientações para prática regular de exercícios físicos a 100% dos idosos.

Indicador 6.2: Proporção para prática regular de exercícios físicos apropriado de acordo com o protocolo.

No início da intervenção, o número de idosos com orientações para prática regular de exercícios físicos representava 94,3% (n=50) do total de idosos cadastrados na UBS. Essa proporção cresceu ao longo dos meses, chegando a 95,1% (n=77) no segundo mês, a 96,51% (n=111) no terceiro mês e, no final da intervenção, a 97,3% (n=144), conforme gráfico que segue (Figura 6.2). A criação do grupo “Mexa-se” possibilitou desenvolver as estratégias de saúde propostas no que diz respeito a atividade física na velhice, especialmente pela articulação com um profissional habilitado para trabalhar com os idosos de acordo com a capacidade física de cada um. A experiência com este grupo é incipiente, mas a expectativa é de que através dele possa se manter os resultados obtidos dentro desta meta ao longo do tempo, assim como no caso do grupo “sentir-se jovem”. Apesar desse bom resultado, tivemos alguns idosos que não receberam orientações porque se encontravam fora de área.

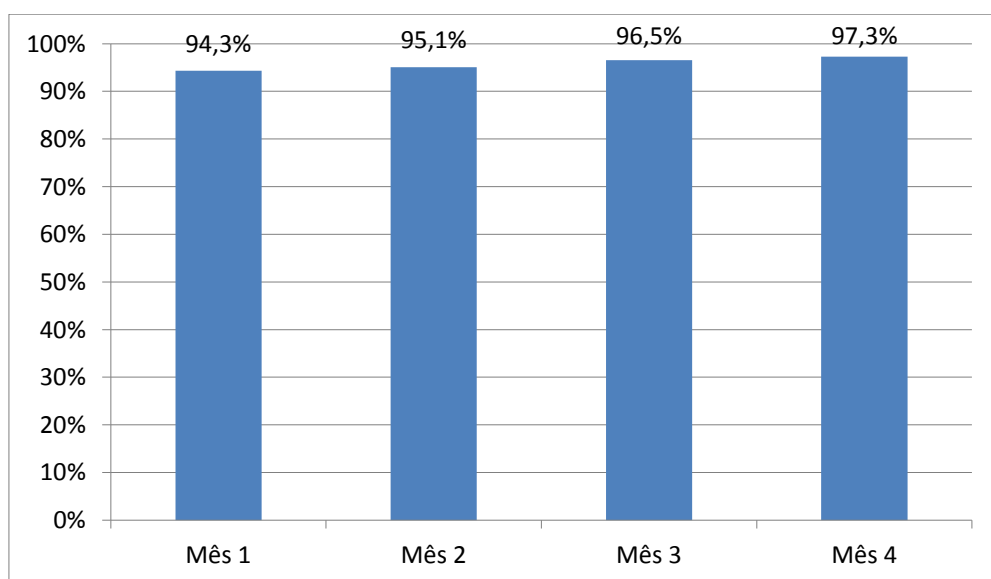


Figura 9 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de orientações sobre higiene bucal apropriados de acordo com o protocolo.

A proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia no primeiro mês de intervenção era representada por um índice de 79,2 % (n=42) do total de idosos cadastrados. Esse índice oscilou ao longo dos três meses seguintes, passando a 87,7 (n=71) no segundo mês de intervenção, chegando ao máximo no terceiro mês quando ficou em 91,3% (n=105) e voltando a cair para 89,9% (n=133) no último mês (Figura 6.3). Este resultado foi alcançado graças á participação em todo o momento da dentista. Apesar de o resultado ter sido considerado bom, não alcançamos a meta pactuada em 100% porque como foi citado acima alguns pacientes continuam as suas consultas com dentistas particulares.

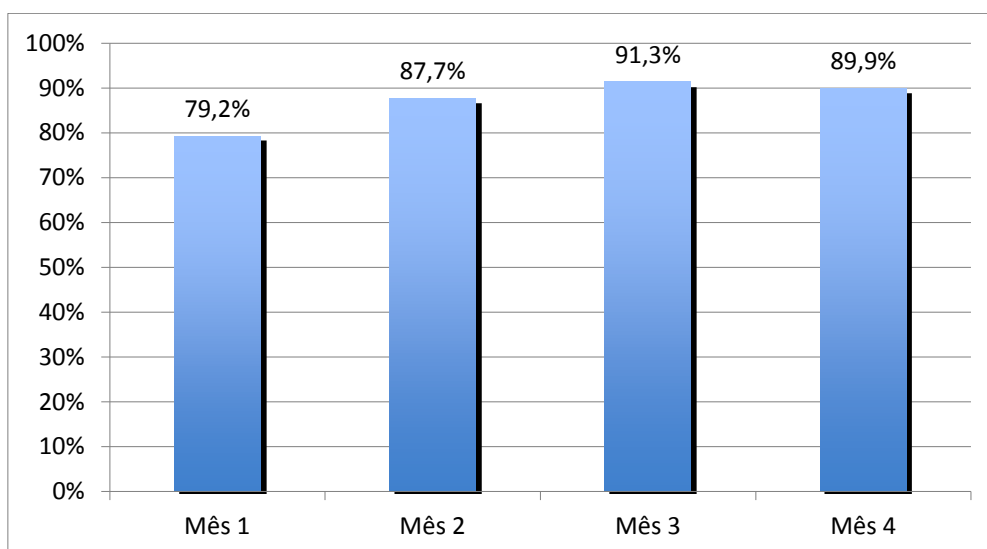


Figura 10 - Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na ESF Vila Julieta, Butiá. RS. 2015.

4.2 Discussão

Analisando os resultados obtidos através da intervenção planejada, expostos em seus aspectos quantitativos e qualitativos no item anterior, é possível dizer que os mesmos foram positivos e que a maior parte das metas foi plenamente alcançada. Assim, compreende-se que a mesma contribuiu significativamente para melhorar a atenção à Saúde do Idoso da UBS Vila Julieta do Município de Butiá através de diferentes ações. Houve a ampliação da cobertura do programa para 28%, o que representou um contingente de 148 idosos cadastrados. Apesar do percentual de idosos cadastrados ser baixo, houve um crescente número de idosos cadastrados. Houve busca dos idosos faltosos à consultas programadas, além da incorporação das visitas domiciliares à rotina de trabalho da equipe. Ainda assim, acredita-se que seja necessário refletir sobre todos os fatores envolvidos nesta questão para identificar que outras estratégias são necessárias para a inclusão dos muitos idosos da Vila Julieta que ainda não estão cadastrados no programa.

No que diz respeito à qualificação da atenção ofertada, percebe-se que, a partir da intervenção, a prática clínica foi qualificada visto que aumentou o número de idosos com avaliação multidimensional rápida e exame clínico apropriado em dia, assim como, com a solicitação de exames complementares periódicos. De mesmo modo, a atenção à saúde do idoso foi qualificada pela avaliação de risco para morbimortalidade e avaliação para fragilização estendidas a todos os idosos cadastrados, ao longo dos quatro meses, e pelo aumento nos índices de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, com rastreamento para diabetes e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Estes avanços, tanto na cobertura da atenção, quanto na qualidade da mesma foram acompanhados por avanços no que se refere aos registros e informações da população junto à UBS, com o aumento do número de idosos cadastrados com registro na ficha espelho em dia e a garantia da caderneta da pessoa idosa a todos os idosos cadastrados. O registro e a circulação de informações permitem a continuidade do acompanhamento na UBS, favorecem a troca entre os profissionais da equipe e, além de tudo, garantem o direito do usuário ao seu histórico de tratamento, conforme previsto pelo SUS. Destaca-se, também, as ações de promoção à saúde dos idosos do território, em especial as experiências inovadoras com os grupos, as parcerias articuladas com outras equipes e profissionais, e os bons resultados compartilhados pela própria comunidade no que se refere a orientação nutricional para alimentação saudável, a orientação para

prática regular de exercícios físicos e a orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Tendo em vista este panorama, compreende-se que a intervenção foi importante para a equipe não apenas pelos momentos de capacitação proporcionados em seu início, como também, pela oportunidade de formação continuada através da discussão permanente dos casos, da troca de informações, dos momentos de atendimento com profissionais de diferentes áreas em uma perspectiva interdisciplinar - ações estas capazes de potencializar o olhar e a escuta para a integralidade dos idosos atendidos pelo programa e para a complexidade das situações que eles vivem junto à família e ao território, sob a dimensão da incompletude dos saberes e ineficácia das práticas desarticuladas.

Para além disso, tanto equipe quanto o serviço da UBS ganham quando se tornam visíveis os efeitos do engajamento em uma nova proposta de trabalho, seja através dos números aqui apresentados, seja através das receitas e alimentos espontaneamente compartilhados pelos usuários ou dos comentários que multiplicam as orientações recebidas e experiências vividas junto aos grupos. No cenário de saúde pública, por vezes frustrantes e desmotivadores, intervenções que trazem propostas possíveis de serem executadas e resultados evidentemente positivos renovam o sentido da atuação e são capazes de estabelecer outras formas de relação com o trabalho e com o público ao qual ele se destina - trazendo benefícios para a comunidade em geral.

Como já foi apontado em outros momentos, contar com apoio da gestão, tanto na abertura para as ideias apresentadas quanto na disponibilização de materiais, instrumentos e parcerias profissionais soma-se à disponibilidade encontrada nos profissionais da equipe para que tenham sido possíveis os resultados alcançados. Pelo que é possível anteciper, as ações implementadas tendem a ter continuidade e serem qualificadas, pois na medida em que foram incorporadas à rotina do serviço e já foram - e continuam sendo - analisadas em seus efeitos, como, por exemplo, no que se refere às estratégias de adesão ao programa de saúde do idoso, para além da busca ativa destes pacientes.

A possibilidade de replicar a intervenção aqui apresentada em outras equipes e UBS neste momento não está sendo planejada, visto que seria necessário considerar as demandas específicas de cada território no que se refere à Saúde do Idoso. Entretanto, sabe-se que muitas das ações aqui apresentadas podem ser

direcionadas a outros públicos, o que faz com que compartilhar esta experiência em algum momento com equipes de outras UBS se mostre como um passo interessante a ser dado futuramente.

Apesar de se chegar a conclusão que a intervenção atingiu os objetivos a que se propôs e que as estratégias foram bem sucedidas para implementar as ações previstas, uma melhoria que de pronto é possível vislumbrar diz respeito a ações que levem em conta as famílias dos idosos. Isto porque muitos dependem dos cuidados por elas proporcionados e da dinâmica de seus membros, como se anunciou na questão da moradia e relação com o território, mas que também é possível pensar em relação à alimentação saudável ou possibilidades de engajamento com atividades físicas, por exemplo. Quando se considera estratégias de atenção à saúde da família é preciso ir além de ações que busquem dar conta de cada um dos membros isoladamente, buscando a construção de intervenções que considerem o grupo familiar como um todo.

5. Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

O Brasil apresenta uma alta taxa de envelhecimento populacional, caminhando rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. Na UBS Vila Julieta, os idosos com doenças crônicas não transmissíveis representam a maior proporção de consultas e, por isso, a equipe de saúde elegeu a Saúde do Idoso como foco de intervenção que ocorreu ao longo de 16 semanas. Foram planejadas ações visando ampliar a cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta, melhorar a qualidade da atenção ao idoso, melhorar a adesão dos idosos ao Programa, melhorar os registros das informações dos atendimentos, mapear os idosos de risco da área e promover a saúde do idoso. A intervenção desenvolvida tinha a meta de atingir os 524 idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Ao final da intervenção podemos identificar a ampliação da cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta (de 10,1% para 28,2%). Podemos também observar a melhoria da qualidade da atenção ao idoso com crescimento do índice de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia (de 86,8% para 99,3%), crescimento do índice de idosos com exame clínico apropriado (de 86,8% para 93,2%), aumento da proporção de idosos diabéticos e hipertensos com solicitação de exames complementares periódicos (de 89,1% para 94,8%), manutenção da proporção de visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção (100%) e manutenção da verificação da pressão arterial na última consulta (100%), aumento da proporção de idosos rastreados para diabetes (chegando a 92,6% no terceiro mês de intervenção) e crescimento do índice de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (de 98,1% a 98,6%). Além disso, a qualificação da atenção à Saúde do Idoso se deu através da melhoria dos registros das informações dos atendimentos aos idosos, tanto através

da ficha espelho em dia (para 98,6% dos idosos) quanto através da caderneta da pessoa idosa (distribuída a 100% dos idosos). Foi possível também o desenvolvimento de ações de promoção à saúde do idoso com orientação nutricional para alimentação saudável a 99,3% das pessoas idosas, orientação para pratica regular de exercícios físicos a 97,3% dos idosos cadastrados e orientações sobre higiene bucal a 89,9% do público alvo.

A partir destes dados, conclui-se que a intervenção resultou em qualificação da atenção à Saúde do Idoso na UBS Vila Julieta do Município de Butiá. Esses resultados foram possíveis devido a interação de diferentes fatores, entre os quais, sem dúvida, encontra-se o apoio da gestão municipal ao desenvolvimento do projeto idealizado. Desde a viabilização de materiais impressos, passando pela aquisição de materiais necessários ao atendimento clínico, chegando à contratação de recursos humanos necessários ou articulação de parcerias quando estas contratações não se mostraram viáveis, percebe-se a abertura e acolhida à novas ideias e propostas de trabalho, bem como, o interesse em viabilizar as melhorias necessárias à atenção à saúde no município.

Nesse sentido, destaca-se aqui a percepção de que tanto a ampliação desta intervenção para outras UBS quanto a implementação de outras ações programáticas que contribuam para qualificar os serviços oferecidos à população butiaense podem ser implementadas na sequência deste trabalho de intervenção, de forma a atender tanto os interesses da gestão quanto as demandas dos diferentes territórios e populações, com benefícios evidentes para todos os envolvidos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O Brasil apresenta uma alta taxa de envelhecimento populacional, caminhando rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. Na UBS Vila Julieta, os idosos com doenças crônicas não transmissíveis representam a maior proporção de consultas e, por isso, a equipe de saúde elegeu a Saúde do Idoso como foco de intervenção que ocorreu ao longo de 16 semanas. Foram planejadas ações visando ampliar a cobertura do Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta, melhorar a qualidade da atenção ao idoso, melhorar a adesão dos idosos ao Programa, melhorar os registros das informações dos atendimentos, mapear os idosos de risco da área e promover a saúde do idoso. A intervenção desenvolvida tinha a meta de atingir os 524 idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Ao final da intervenção pode-se perceber que aumentou o número de idosos cadastrados no Programa de saúde do idoso na UBS Vila Julieta, representando 28,2% (n=148) do total de idosos da área. Estes idosos passaram a contar com melhorias no atendimento, desde a realização de diversas avaliações durante o momento da consulta como também, com a solicitação de exames que ajudam a identificar doenças. Além disso, as informações de seus atendimentos começaram a ser cuidadosamente registradas nas fichas da UBS e nas cadernetas recebidas pelos idosos para acompanhamento das ações de saúde. Aqueles que estavam de cama ou com dificuldades para ir até a UBS, passaram a receber visitas da equipe em sua casa. Por fim, através das atividades realizadas, a equipe ficou mais próxima das necessidades da comunidade e ofereceu novas formas de atendimento aos moradores da Vila Julieta, como o grupo sobre alimentação saudável "Sentir-se

jovem" e o grupo de atividades físicas "Mexa-se", além de garantir prioridade de atendimento aos idosos em alguns tipos de atendimento da UBS, como do dentista, por exemplo.

Para que este trabalho continue sendo feito, é importante que os moradores da Vila Julieta contribuam para que as ações sejam mantidas com o passar do tempo. Tanto os idosos cadastrados no programa como seus familiares tem direito a um serviço de qualidade e podem cobrar a equipe e o gestor se perceberem que não estão recebendo a atenção que precisam. A comunidade também pode ajudar a melhorar o serviço trazendo suas ideias e sugestões.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este ano de curso disponibilizado pelo programa mais médico para o Brasil e facilitado pela UNASUS-UFPEL, realizei 32 horas práticas na ESF e 8 horas semanais em Especialização em Saúde da Família, padronizado em ensino à distância. Pelo projeto, trabalhei na Estratégia da Saúde da Família Vila Julieta, no município de Butiá. A unidade abrange uma população aproximada de 4200 pessoas.

Fui muito importante para a minha aprendizagem, ao início eu achava complexo e início trouxe sentimentos de insegurança e muitas expectativas tanto em relação ao trabalho na unidade, que até então não tinha conhecimento como também da especialização e também nunca havia tido experiência em Ensino à Distância até o momento.

Durante o curso, tive conhecimento sobre a estrutura física das unidades, como deveriam ser organizadas, quais as funções de cada profissional e como são fundamentais os papéis de todos para o bom andamento de uma Estratégia de Saúde da Família.

Através do curso e das discussões dos colegas nos fóruns; os diálogos com meu orientador foram muito determinantes na realização e conclusão do projeto conhecimento, os casos clínicos foram os mais importantes no processo de aprendizagem e foi muito útil para a prática médica, pois facilitou condutas em determinadas situações no meu trabalho; contribuiu no planejamento e na execução de ações com benefício à saúde individual e coletiva da comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015**: resultados e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica No. 28. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Apêndices

Apêndice A - Título do Apêndice



Foto # 1: Reunião de Equipe de Saúde.



Foto # 2: Reunião com a equipe de saúde.



Foto # 3: Visita domiciliar Doutora, Enfermagem e Técnica de enfermagem.



Foto # 4: Atividade realizada no natal.



Foto # 5: Atividade com o Grupo Sente-se Jovem.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

INDICADORES (%)						
1.1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		22,7%	50,7%	77,2%		
		Numerador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625	
		Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde	810	810	810	
2.1	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		100,0%	99,8%	100,0%		
		Numerador: Número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia	184	410	625	
		Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625	
2.2	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		95,7%	97,8%	98,7%		
		Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia	176	402	617	
		Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625	
2.3	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		95,7%	95,2%	98,8%		
		Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames	135	269	399	
		Denominador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos	139	274	404	
2.4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		71,7%	60,8%	60,8%		
		Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	132	250	380	
		Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625	
2.4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		71,7%	60,8%	60,8%		
		Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	132	250	380	
		Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625	
2.5	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		100,0%	100,0%	100,0%		
		Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados	7	8	8	
		Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da unidade de saúde	7	8	8	
2.6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		100,0%	100,0%	100,0%		
		Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita	7	8	8	
		Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa acamados ou com problemas de locomoção	7	8	8	
2.7	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		100,0%	99,8%	100,0%		
		Numerador: Número de idosos com a verificação da pressão arterial na última consulta	184	410	625	
		Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625	
2.8	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		99,5%	100,0%	98,5%		
		Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes	138	156	270	
		Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/90mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica	139	156	274	
2.9	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		98,9%	99,2%	99,7%		
		Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	182	408	623	
		Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625	
2.10	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		55,4%	38,4%	25,3%		
		Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática	102	158	158	
		Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625	
3.1	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca	Mês 1	Mês 2	Mês 3		
		100,0%	100,0%	100,0%		
		Numerador: Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	42	42	42	
		Denominador: Número de idosos faltosos às consultas	42	42	42	

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante